DE

# LA GROSSESSE UTÉRINE

## PROLONGÉE INDÉFINIMENT

OU

## RÉTENTION ILLIMITÉE DE L'ŒUF DANS LA MATRICE

(Missed labour des Anglais).

PAR


Le Dr E. MÜLLER

Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Nancy, lauréat de la Faculté de médecine
Prix de chirurgie et d'accouchements (médaille d'argent)
Prix de thèse (médaille d'argent)


OUVRAGE COURONNÉ PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY





PARIS
J. B. BAILLIÈRE ET FILS, LIBRAIRES-ÉDITEURS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1878

A mon Maître

M. LE PROFESSEUR STOLTZ

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

E. MÜLLER.

DE

# LA GROSSESSE UTÉRINE

## PROLONGÉE INDÉFINIMENT

OU

## RÉTENTION ILLIMITÉE DE L'ŒUF DANS LA MATRICE.

---

## INTRODUCTION.

Ayant eu la bonne fortune de passer une année d'internat à la Maternité de Nancy, sous la direction du doyen des accoucheurs et des gynécologistes, M. le professeur Stoltz, nous n'avons pu nous trouver longtemps en contact avec cet illustre homme de science sans entrer en communion d'idées avec lui et devenir son disciple. Son amour de la vérité, sa haine de l'erreur; sa confiance dans l'évolution normale des phénomènes naturels, sa défiance à l'égard de l'anormal, et à plus forte raison du surnaturel; son admiration devant la puissance conservatrice des forces de la nature, sa crainte de déranger l'ordre qui règne partout dans l'univers, ont trouvé en nous un terrain trop bien préparé par l'ineffaçable enseignement sur l'anatomie comparée et philosophique du savant Baudelot, pour que nous n'ayons saisi l'occasion de nous faire le champion d'une de ses idées et de détruire une erreur qui nous est restée des

siècles passés, et qu'il est temps de voir disparaître de la science du dix-neuvième siècle.

Si nous nous sommes permis d'être quelquefois un peu affirmatif, un peu tranchant même, c'est au sujet d'opinions que nous avons entendu émettre avec cette assurance par notre éminent maître, M. le professeur Stoltz, le vénérable doyen de la Faculté de médecine de Nancy, dont l'autorité, reposant sur plus d'un demi-siècle d'observation, nous a enhardi quelquefois par son enseignement dans des questions que notre jeune expérience ne nous aurait pas permis de trancher aussi catégoriquement.

M. le professeur Stoltz a bien voulu nous communiquer l'observation inédite d'une grossesse extra-utérine confondue avec une grossesse utérine jusqu'après l'autopsie, et recueillie par lui-même de 1830 à 1832. C'est cette observation qui nous a donné l'idée de rechercher les erreurs semblables qui se trouvent dans la science et d'examiner s'il est possible que la grossesse utérine ait une durée aussi longue que la grossesse extra-utérine.

Dans ce but, nous avons commencé par étudier la durée normale de la gestation utérine et la prolongation que quelques auteurs croient devoir lui accorder. Après avoir traité ensuite la rétention jusqu'à terme de l'œuf avorté dans le cours de la grossesse, nous examinerons la véritable rétention indéfinie de l'œuf dans la matrice, d'abord chez les autres mammifères, puis chez l'homme. A cet effet nous passerons en revue quelques observations anciennes, puis toutes les observations modernes que la science fournit actuellement, aussi bien les cas signalés en Allemagne, en Angleterre, en Italie, que ceux recueillis en France.

Sous le nom de grossesse utérine prolongée (*graviditas diuturna*, de Carus), nous entendons la rétention de l'œuf vivant ou mort dans la matrice au-delà du terme normal de la grossesse, d'une façon absolue, indéfinie, sans accouchement ni naissance, rétention jusqu'à la mort de

la mère, ou rétention plus ou moins longue et élimination du fœtus par portions, par les voies génitales.

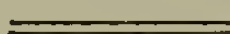
Elle ne comprend donc ni l'accouchement retardé ni la naissance tardive, qui arrivent à la suite d'une grossesse prolongée d'une façon relative (*graviditas protracta*). C'est pour ne pas la confondre avec celle-ci, que nous l'appelons grossesse prolongée *indéfiniment*.

Il faudrait proscrire le terme de *grossesse retardée* ou *tardive*, employé par Gardien et par Capuron, et qui signifie que la grossesse a éprouvé un retard, aussi bien pour commencer que pour finir.

Les auteurs qui opposent la naissance tardive à la naissance précoce veulent dire que l'œuf met plus de temps que d'ordinaire à devenir mûr. Nous, au contraire, nous entendons parler de la *rétention* dans la matrice de l'œuf déjà mûr, par oppositon à la naissance prématurée, où le fœtus n'est pas encore mûr.

Nous cherchons à traiter la question de savoir si un œuf qui offre tous les caractères de la maturité peut continuer à séjourner dans la matrice, vivant ou mort, pendant un ou plusieurs mois, ou même des années entières.

C'est ce que les Anglais désignent, d'après Oldham, sous le nom de *missed labour*.



# PREMIÈRE PARTIE.

(PROLÉGOMÈNES)

## De la grossesse prolongée.

---

## CHAPITRE PREMIER.

### HISTORIQUE.

La question des grossesses prolongées a beaucoup préoccupé les naturalistes et les médecins, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, sans qu'on soit arrivé jusqu'à présent à un résultat concordant.

Hippocrate[1] a noté dans ses écrits que l'accouchement arrive le dixième mois, comme terme le plus long; et à un autre endroit[2] il dit qu'à neuf mois le fœtus est mis au monde et vit. Roderic de Castro (*De univers. mulier. med.*, 1603, Part. I, Libr. IV.) et J. Peyssonel *Tract. de temp. human. part.*, c. 4, p. 50-51) démontrent qu'en premier lieu Hippocrate compte en mois lunaires, en second lieu en mois solaires.

« L'homme seul, dit Aristote[3], naît à sept, huit, neuf, dix mois; ce dernier temps est le plus ordinaire; quelquefois, cependant, la grossesse dure jusqu'au commencement du onzième mois. » Selon Pline, la gestation peut durer une année entière. — On est d'abord étonné de voir les anciens faire une règle de ce dont les lois françaises font prudemment une exception, en fixant à dix mois le terme ordinaire de la grossesse; mais lorsqu'on se rappelle leur manière de diviser le temps par

[1] *Traité de la nature de l'enfant*, t. VII, § 30, trad. Littré, p. 533.
[2] *Traité des chairs*, t. VIII, § 19, trad. Littré, p. 613.
[3] *Histoire nat. des anim.*, etc., t. I^er, p. 431.

périodes lunaires [1], on trouve que leurs mois de 27 jours ne donnent qu'un total de 270 jours, juste comme 9 de nos mois de 30 jours.

Déjà la Loi des XII Tables [2] (451 av. J.-C.) avait décidé que les enfants qui seraient nés au-delà de dix mois après la mort du prétendu père, ne devaient pas être regardés comme légitimes.

La grossesse prolongée n'était pas admise non plus par les écrivains religieux du premier siècle de l'ère chrétienne à en juger d'après l'Apocalypse d'Esdras écrite en l'an 97 ap. J.-C., probablement à Rome, par un juif, le dernier prophète d'Israël. Dans cet ouvrage qui se trouve annexé aux livres sacrés dans certaines éditions de la Vulgate, le voyant pharisien écrit en effet dans une de ses visions : « Et le Seigneur me répondit et me dit : Demande à la femme enceinte si, lorsqu'elle aura accompli ses neuf mois, sa matrice pourra retenir encore son fruit en elle. — Et je lui dis : Elle ne le peut pas, Seigneur [3]. »

Ce fait était anciennement connu et a été noté de tout temps par les observateurs. Il était signalé il y a plus de deux siècles (1651) par l'illustre physiologiste Harvey qui, après avoir fait beaucoup d'expériences et de vivisections, finissait par en revenir à la tradition. Voici la traduction littérale de ce qu'il a dit à ce sujet [4] :

« Assurément, la durée de la gestation est celle que nous croyons avoir été observée dans le sein de sa mère par Jésus-Christ, notre Sauveur, de tous les hommes le plus parfait ; c'est-à-dire depuis le jour de l'Annonciation de l'ange, au mois de mars, jusqu'au bienheureux jour de la Nativité, que nous fêtons en décembre. »

Les médecins ne se sont jamais accordés sur les naissances tardives. On compte au nombre de ceux qui les ont rejetées des hommes très-

[1] Voir Bourdon, *Principes de physiologie comparée*, p. 183. Paris 1830.

[2] Voir Bouchaud, *Commentaire sur la loi des XII tables*. Paris 1803, 2 vol. in-4°.

[3] *Apocalypse de Pseudo-Esdras*, § II, v. 48 et 49, chez Gfrœrer, *Prophetæ veteres pseudepigraphi*, p. 75. Stuttg. 1840.

[4] *Gulielmi Harveii opera omnia*, a Collegio medicorum Londinensi edita, t. I, 1766; de Partu exercitatio, p. 548.

recommandables dans l'antiquité; et parmi les modernes, personne n'en a contesté la légitimité avec plus de vivacité que Louis et Bouvard. Qui ne connaît les virulentes diatribes lancées par ces deux champions contre Petit et Lebas? Astruc rejetait aussi les naissances retardées; mais on peut lui reprocher d'avoir fait, selon sa coutume, un vain étalage d'érudition là où il ne fallait qu'un peu de logique et de bon sens. Enfin, Mahon avait embrassé la même opinion, et il faut convenir qu'il la défendait moins en philosophe qu'en partisan passionné.

Parmi ceux qui ont admis les naissances tardives, on distingue Zacchias, Eugénius et Bonaventura; enfin, au dernier siècle, Antoine Petit, Levret, Dulignac, Panenc, Chomel, Lebas, Lepecq de la Cloture, Roussel et Fodéré.

Louis [1] n'eut pas de peine à démontrer, comme l'avait déjà dit Courtin [2], que les nombreuses histoires de naissances tardives mentionnées par ses antagonistes ne prouvent rien dans l'espèce, et que les femmes ne savent presque jamais au juste l'époque à laquelle elles ont été fécondées.

Ceux qui ont rejeté les naissances tardives se sont fondés sur cette loi uniforme et immuable que la nature suit dans la reproduction de tous les êtres : loi qui fixe le terme de la gestation pour chaque espèce d'animaux, et qui ne peut souffrir que très-peu de retard. Ils ont ensuite allégué l'opposition des lois physiques avec les naissances tardives, et le volume excessif que le fœtus acquerrait par un trop long séjour dans le sein de la mère. Mais, déplaçant la question du vrai terrain scientifique, ils ont à tort insisté principalement sur les désordres qui troubleraient les familles, « si, à toutes les ressources que les femmes ont pour donner des héritiers à leurs maris, on ajoutait encore la facilité de faire des posthumes à telles époques qu'elles jugeraient à propos, et de frustrer par là des collatéraux à qui appartiennent les biens de leurs époux. »

[1] *Mém. contre la légitimité des naissances prétendues tardives.* Paris 1764.
[2] *Œuvres de Guillemeau*, in-folio, p. 212.

## CHAPITRE II.

### DURÉE ORDINAIRE DE LA GESTATION.

Pour résoudre la question de la grossesse prolongée, il faut d'abord rechercher quel est le terme normal de la gestation.

Si on ne s'entend pas en général sur ce point, c'est qu'on a trop souvent confondu cette dernière question avec celle de la durée de la gestation.

La *durée* de la gestation est une question qui intéresse beaucoup plus le physiologiste et le médecin légiste que l'accoucheur. Ce qui préoccupe au contraire l'accoucheur, c'est surtout le *terme* de la gestation. Ce sont là deux questions différentes.

C'est pour cette raison aussi que le point de départ de tous ces calculs a toujours été très-variable.

On ne possède aucune donnée certaine sur la durée réelle de la grossesse. En effet, il est très-difficile d'acquérir à ce sujet des notions précises, parce que, même si nous connaissons le jour du coït fécondant, nous ne connaissons pas le moment où les spermatozoïdes ont imprégné l'ovule, car il y a un intervalle qui peut aller jusqu'à quinze jours, d'après Schrœder[1], entre le moment où le sperme est déposé dans les organes génitaux et le moment de la conception ou union intime du sperme avec l'ovule.

#### 1. Procédés employés pour calculer cette durée.

Le coït fécondant est rarement connu chez la femme. Voilà pourquoi on a été obligé de prendre d'autres points de départ.

La plupart des accoucheurs français, à l'exemple de Levret[2], pour

[1] *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 78, 5. Aufl. Bonn 1877.

[2] «Les femmes sont souvent si incertaines du temps où elles ont conçu, la plupart d'entre elles ont une façon de supputer ces mois si peu exempte d'erreur, qu'il y en a beaucoup qui accouchent plus tôt ou plus tard qu'elles ne croyaient, et dont le mé-

apprécier la durée de la grossesse, comptent neuf mois, en partant de la *dernière époque menstruelle*, et ajoutent quinze jours, afin de ne s'exposer qu'à une erreur de quinze jours au lieu d'un mois, en admettant que la fécondation puisse avoir lieu pendant toute la durée de la période menstruelle, à la fin du mois aussi bien qu'au commencement.

Les auteurs allemands ont adopté un procédé fondé sur cette opinion que la fécondation n'a guère lieu que dans les quatorze premiers jours de la période menstruelle, et comptent avec Nægele 280 jours, à partir du *premier jour de la dernière époque menstruelle*, ce qui fait neuf mois et sept jours.

D'autres comptent depuis le *dernier jour de l'écoulement menstruel*, ce jour non compris, et trouvent 274 à 280 jours. C'est ce qu'admet Simpson d'Edimbourg[1], d'après les recherches de Merriman, Murphy et Reid.

Duncan[2] compte 278 jours, depuis la fin de la dernière menstrua-

compte se trouve quelquefois considérable. — L'expérience nous a appris que le terme le plus ordinaire de la grossesse des femmes est de 9 mois complets de 30 jours chacun; cependant rien n'est si commun que d'entendre dire aux femmes grosses, que lorsqu'elles sont entrées dans le 9e mois, elles ne comptent plus, et qu'elles peuvent accoucher d'un jour à l'autre. Cette incertitude nous fait prendre ordinairement le parti de partager le différent par la moitié, afin de s'éloigner des extrêmes. Nous comptons donc qu'une femme qui a eu ses règles, par exemple, le 1er de tel ou tel mois, pourra accoucher vers la moitié de celui qui y répondra pour compter les 9 mois de la grossesse, en sorte que, quand le temps de la 9e révolution, de 30 jours chacune, sera arrivé, sans avoir eu ses règles, la femme sera censée à 8 mois et demi seulement et non à 9 mois complets, comme presque toutes le prétendent. Au sujet des 9 révolutions de 30 jours chacune, il ne faut pas s'arrêter aux variétés individuelles, parce que nous avons constamment observé que les femmes qui, hors la grossesse, ont habituellement leurs règles 13 ou 14 fois par an, comme celles qui les ont 10 ou 12 fois chaque année, n'en accouchent pas plus tôt ni plus tard. » (Levret, *Nouvelles observations sur l'allaitement des enfants*, § V, dans le *Journ. de médecine*, *chirurg.*, *pharm.* de Roux, janv. 1772, t. 37, p. 55.)

[1] *Edinburgh Monthly Journal of Medical Science*, p. 50, juillet 1853.

[2] *Edinb. Med. J.*, nov. 1856.

tion. Les femmes de l'Écosse, dit-il, comptent 9 mois après le dernier jour des dernières règles.

Devilliers[1] trouve que sur 103 accouchements, 39 ont lieu du 270e au 280e jour après la fin de la menstruation.

D'autres, comme Mattei[2], pensent que la ponte et, par conséquent, la fécondation, peuvent avoir lieu à toutes les époques du mois, et prennent ce point comme base pour compter les jours que dure la grossesse et prédire celui de l'accouchement. Mattei conclut de ses recherches qu'en moyenne il se passe environ 265 jours[3] entre la fécondation et l'expulsion du produit à terme.

Hecker[4] donne ainsi à la grossesse une durée moyenne de 272 jours, Veit[5] 276 jours, Ahlfeld[6] compte 271 jours à partir du coït fécondant, et, à défaut de cette indication, à partir du 7e ou 8e jour après le commencement de la dernière menstruation, ce qui conduit exactement au même résultat que le procédé de Nægele.

Wallichs[7] a vu deux fois chez une femme la durée de la grossesse portée à 269 jours à partir de la cohabitation. Depaul[8] compte de 265 à 270 jours. Gaston[9] trouve 272 jours à partir du coït fécondant, sinon il compte à partir du jour de la cessation des dernières règles. Schmith[10], de Varsovie, calcule la durée de la grossesse depuis le *milieu de l'intervalle compris entre les dernières règles et le moment où elles auraient dû reparaître*, et ajoute 270 jours.

Schwegel[11] trouve que l'espace compris entre le coït fécondant et l'ac-

[1] *Revue médicale* de 1847.
[2] *Mémoires de l'Académie de médecine,* 14 juillet 1863.
[3] Et non 285 comme le dit par erreur la thèse de Schmit, p. 12. Paris 1876.
[4] *Klinik d. Geb.*, p. 33. 1861.
[5] *Verh. d. Ges. f. Geb.* in Berlin, p. 102, Heft 7. 1853.
[6] *M. f. G.*, XXXIV, p. 180, 266.
[7] *Archiv f. Gynæk.*, I, p. 162. 1870.
[8] *Leç. de clin. obst.*, p. 100. 1872-1876.
[9] Thèse de Paris, 1875.
[10] *Revue de thérap.*, 14, 1857.
[11] *Wiener med. Wochenschrift*, n° 44, 1857.

couchement d'un enfant mûr comporte au maximum 260 à 280 jours; entre la dernière menstruation et l'accouchement il trouve au maximum 270 à 290 jours. L'accouchement a lieu au maximum après 9 à 10 cycles menstruels.

D'autres ont cherché à établir une *relation entre la durée de la grossesse et les périodes menstruelles.*

Déjà Harvey[1] écrivait en 1651 : « Les matrones expérimentées calculent d'après cette règle et se trompent rarement : elles notent le jour du mois où se montre habituellement le flux cataménial; et lorsqu'il s'est écoulé dix mois lunaires, elles s'attendent à entrer en douleurs et à recueillir le fruit de la conception le jour même où, sans leur état de grossesse, les règles eussent coulé. »

Stark[2], vers la fin du siècle dernier, émet aussi l'opinion que l'accouchement a lieu le plus souvent à l'époque où la menstruation devrait arriver pour la dixième fois après la conception.

Berthold[3] a calculé la durée de la grossesse sur sept femmes dont la menstruation était régulière, et il conclut que le travail débute de onze à quatorze jours avant le retour de la dixième époque à dater de la conception; « mais cela ne peut s'appliquer, ajoute ce judicieux observateur, aux femmes dont la menstruation est irrégulière, et pour établir ce calcul, il faut se reporter au cycle des dix périodes cataméniales précédentes. »

Hohl[4] dit également que l'accouchement a lieu ordinairement pendant la 10e époque menstruelle.

Mattei, en 1863, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine[5], pose entre autres conclusions : « Le jour de la fécondation étant ordinairement

[1] *Gulielmi Harveii opera omnia*, a Coll. med. Londinensi edita, t. I, de Partu Exercitatio, p. 548, 1766.

[2] *Archiv für die Geburtshülfe*, Bd. II, Stück 3, p. 15. Iena 1789.

[3] *Ueber das Gesetz der Schwangerschaftsdauer*, in-4°. Gœttingen 1844. — Voir *Comptes-Rendus de l'Académie des sciences*, t. XVIII, p. 1003, 1844.

[4] *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 412. Leipzig 1855.

[5] Cité p. 9.

inconnu, on peut dater cette fécondation depuis la dernière apparition des règles et la durée de la grossesse d'après le nombre des menstruations qui manquent; en effet la congestion utérine continue chaque mois quand même il n'y a pas de sang perdu, et c'est ordinairement à une époque cataméniale que le produit est expulsé. — Le moment le plus habituel de l'arrivée de l'accouchement et qu'on peut indiquer d'avance est la 9e époque cataméniale après la fécondation. On peut compter une époque tous les 30 jours ou par mois solaire, quand même les règles ne suivraient pas cette période. » — « Des accouchements dits à terme, plus de la moitié arrive exactement dans le cours de la 9e époque cataméniale qui a manqué après la fécondation. [1] »

« Pour abréger le calcul, dit-il ailleurs [2], je compte quatre époques cataméniales en arrière en y comprenant la dernière menstruation venue. Le 1er mois qui a suivi la dernière apparition des règles peut seul varier; les 8 mois suivants sont tous de 30 jours, soit 240 jours. Si le 1er mois était aussi de 30 jours, la durée exacte de la grossesse serait de 270; or, sans compter les juifs, chez qui le coït n'est permis que 7 jours après la cessation des règles, il n'est pas fréquent qu'une femme mariée permette le rapprochement sexuel le lendemain des règles et lorsque les parties sont encore humectées par un écoulement muqueux ou avant qu'elle ait pris un bain de propreté. D'après ma manière de voir donc, dit-il, 270 jours sont la limite extrême des accouchements à terme. Si la fécondation peut se faire dans le cours du mois après la cessation des règles, le terme moyen sera de 265 jours environ. Si la règle religieuse des juifs est observée, aucun enfant ne naît chez eux avant 263 jours, quand il vient à terme. »

Joulin [3] rapporte la même idée : « Il paraît assez probable, dit-il, que, quelle que soit l'époque du coït fécondant, l'union des germes n'a lieu qu'au moment des règles, lorsque l'œuf est expulsé de l'ovaire. Ce point

[1] Mattei, *Clinique obstétricale*, vol. III, p. 527.
[2] *Annales de gynécologie*, 2e sem. 1876, t. VI, p. 37.
[3] *Traité d'accouchements*, p. 449 et 450. Paris 1867.

établi semblerait permettre de fixer l'époque de l'accouchement à peu près vers le retour d'une période menstruelle : ce serait la 9e si la fécondation a eu lieu immédiatement à la fin des dernières règles, et la 10e si elle ne s'est accomplie qu'au moment où la 1re menstruation qui a fait défaut devait se manifester. Les différentes méthodes qui ont été proposées pour supputer la grossesse aboutissent, en résumé, à choisir l'une ou l'autre de ces époques. »

Cette latitude d'un mois laissée au doute est, ajoute Joulin, un motif qui s'oppose à ce qu'on pronostique avec précision le terme de la grossesse.

Nægele[1] s'exprime à ce sujet comme suit : « Si même certaines femmes peuvent indiquer le moment où elles ont conçu, on n'obtient qu'une évaluation approximative en comptant 40 semaines à partir de cette date; l'accouchement se règle sans contredit beaucoup plus souvent d'après la dernière période menstruelle que d'après le jour de la conception, c'est-à-dire qu'il a lieu à la 10e époque cataméniale après que les règles ont manqué neuf fois : ce qui fait juste 9 mois du calendrier et 7 jours. »

Lœwenhardt[2] calcule l'époque de l'accouchement d'après la durée de l'*intervalle compris entre les deux dernières menstruations* qui ont précédé la grossesse. Le temps qui s'est écoulé depuis le 1er jour de l'avant-dernière menstruation jusqu'au début de la dernière serait à regarder comme la 10e partie de la durée de la gestation. Selon les différences individuelles des périodes menstruelles, il admet avec Cederskjöld 260, 270, 280, 290, 300 jours, en comptant comme le premier jour de la gestation le premier jour de la dernière menstruation, et le jour de l'accouchement comme le dernier jour de la gestation.

Avec un intervalle de 26 jours entre l'avant-dernière et la dernière période menstruelle, la gestation durerait d'après cela 256 à 265 jours, etc.

[1] Nægele et Grenser, *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas, p. 108. Paris 1869.

[2] *Arch. f. Gyn.*, p. 456.

Comme la durée la plus fréquente de l'intervalle est de 28 jours, la plupart des accouchements devraient se faire entre le 276e et le 285e jour, ce qui s'est vérifié 93 fois sur 145 cas, ainsi 38 %. L'époque de la fécondation, il croit devoir la fixer du 5e au 8e jour avant la menstruation suivante. Pendant la période menstruelle il ne peut pas y avoir de fécondation.

En Norwège, Faye et Vogt avaient fixé à 270 jours la durée moyenne de la gestation à partir du coït fécondant d'après 63 cas où cette date était connue, avec une latitude de 220 à 319 jours, comprenant donc 99 jours.

En Danemark, Ravn[1] a réuni 31 cas où le jour de la fécondation a pu être fixé. Stadfeldt[2] en a réuni 34 à Copenhague. Ils prennent comme premier jour le lendemain du coït fécondant quand il avait eu lieu dans la soirée, et comptent jusqu'à la fin de l'accouchement. La durée moyenne pour tous les 65 cas fut de 271,8 jours: pour les 31 cas de Ravn 272,3 jours, pour les 34 cas de Stadfeldt 271,4 jours. Sur les 65 cas il n'y en eut pourtant que 5 dans lesquels la gestation se termina le 271e ou le 272e jour. Dans 32 cas, l'accouchement eut pourtant lieu entre le 270e et le 279e jour. La gestation la plus courte dura 250 jours, la plus longue 293 jours, les extrêmes laissant ainsi un espace de 43 jours.

Mais toutes ces recherches n'ont d'importance qu'au point de vue médico-légal, qui est obligé de partir du jour du coït fécondant, tandis qu'elles en ont beaucoup moins au point de vue physiologique pour la durée de la gestation, puisqu'il n'est pas possible de déterminer quand a lieu la véritable fécondation dans les voies génitales, et que la durée invariable de la gestation normale correspondant à l'évolution de l'œuf ne commence qu'à partir de l'union intime du sperme et de l'ovule.

D'après ses observations, Stadfeldt croit devoir admettre qu'un ovule peut aussi se détacher et être fécondé en dehors du retour régulier des périodes d'ovulation, qu'il peut se détacher en tout temps, quand l'exci-

[1] *Om Svangerskabets Grändser.* Köbenhavn 1856.

[2] *Nord. med. ark.,* VII, 4, nº 25, p. 7. 1875.

tation nécessaire, par exemple le coït, arrive à agir sur l'ovaire, tandis qu'autrefois on admettait généralement que l'œuf fécondé se détachait d'ordinaire lors de la dernière menstruation avant la gestation. Récemment des voix autorisées se sont élevées pour faire admettre que ce n'est que l'œuf de la période menstruelle manquante qui est fécondé.

Stadfeldt a donc calculé la durée de la gestation au point de vue physiologique comme suit : 1° depuis la dernière période menstruelle, ce qui lui donna dans 26 cas une durée moyenne de 280 jours ; la plus courte fut de 244 jours, la plus longue de 304, donc un intervalle de 60 jours ; 2° dans 24 cas, où il chercha à fixer l'époque de la première suppression, la durée moyenne calculée à partir de ce jour fut de 254 jours, la plus courte de 240, la plus longue de 273, donc un intervalle de 33 jours. Si maintenant on admet que la fécondation de l'œuf a lieu 8 à 10 jours avant la première suppression menstruelle, la durée moyenne de la gestation au point de vue physiologique ne pourrait varier, d'après Stadfeldt, qu'entre 260 et 264 jours.

Tout le monde s'accorde à dire que la menstruation est un phénomène périodique, et le nom de *règles* que nous lui donnons en est une preuve; mais l'ovulation est soumise à un grand nombre d'influences hygiéniques, individuelles, pathologiques, dont il faut tenir compte : de même aussi la grossesse. Je ne veux certes pas m'exercer à prouver, envers et contre la statistique, que toutes les femmes qui conçoivent le même jour et qui ont leur période menstruelle à la même époque, doivent, au bout de neuf mois, entrer en travail juste au même moment; mais je pense que la grossesse n'est, après tout, que le développement d'un ovule fécondé, que ce développement a une fin bien déterminée, et que le fait même de ce terme accompli est la cause prochaine du début du travail. J'ajoute enfin que cette évolution de l'œuf a une durée fixe, et quand nous observons des déviations de ce type normal, cela tient à des influences dont nous devons pouvoir nous rendre compte; nous en avons d'ailleurs un exemple dans les déviations de la périodicité menstruelle, qui est, comme on sait, le phénomène régulier par excellence.

Nous savons donc extrêmement peu sur la durée exacte de la gestation humaine. Le début de cette fonction nous est si complétement inconnu, que nous ne savons même pas encore si c'est l'ovule éliminé lors de la dernière menstruation qui est fécondé, ou si c'est celui de la période d'ovulation suivante. Cette dernière opinion devient de plus en plus probable.

**2. Théorie nouvelle de la fécondation.**

Depuis vingt ans, on croyait généralement qu'au moment des règles, tous les organes pelviens et spécialement la muqueuse utérine, étaient le siége d'une congestion intense, qu'au summum de cette hyperémie un follicule de de Graaf se rompait et qu'un ovule s'échappait au même moment où l'épithélium utérin se desquamait et où le sang s'écoulait de l'utérus, et que cet ovule suivait la trompe pour aller dans l'utérus, où il se perdait, si la fécondation ne venait pas l'y fixer et l'y greffer. L'hyperémie utérine, la perte cataméniale et la sortie de l'ovule étaient considérées comme des phénomènes concomitants inséparables. La conception devait donc se faire très-probablement immédiatement après une époque menstruelle, au moment où l'ovule allait atteindre l'utérus, avant qu'il fût perdu dans les replis de sa muqueuse. On supposait (Bischoff, Coste) que cette période où l'ovule est susceptible d'être fécondé dure de dix à douze jours après la cessation des règles.

Malheureusement des faits sont venus s'élever contre cette théorie [1]. Le professeur Carl Schrœder (de Berlin), qui l'admettait encore dans la 4e édition (1873) de son *Manuel d'accouchements*, l'abandonne dans sa 5e édition (1877) et dit (p. 23) qu'elle n'est plus tout à fait solide.

Dans son article, *Die normale Menstruation*, de l'*Encyclopédie* de Ziemssen (t. X, *Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*), il considère les vues de Kundrat (de Vienne) et d'Engelmann [2] (de Saint-Louis) comme fort plausibles et paraît incliner décidément vers la théorie moderne de

[1] *Annales de gynécologie*, t. VI, p. 364. 1876.
[2] *Americ. Journ. of obstet.*, mai 1875.

Lœwenhardt, qui veut que l'ovule soit expulsé avant l'apparition de l'écoulement sanguin.

Ainsi que le font ressortir Sigismund[1] et Lœwenhardt[2], le cycle des changements qui rendent l'utérus apte à loger l'ovule est terminé avec la menstruation; récemment cela a aussi été démontré anatomiquement par Kundrat[3] et Williams[4]. D'après leurs recherches, la menstruation n'est pas le signe d'un plus grand afflux de sang dans l'utérus, mais celui d'une métamorphose régressive produite par le fait que les couches superficielles de la muqueuse utérine subissent la dégénérescence graisseuse, s'exfolient et érodent ainsi les vaisseaux de l'endométrium. D'après Williams, la muqueuse utérine est même soumise à des métamorphoses périodiques et régulières : pendant la menstruation, elle se détache peu à peu et commence à se reformer lentement, jusqu'à ce qu'elle ait atteint son plus grand développement comme caduque menstruelle peu avant l'époque cataméniale. Elle subit alors la dégénérescence graisseuse et s'exfolie avec hémorrhagie.

Aveling[5] a nommé d'une manière fort ingénieuse *nidation* la reformation de la muqueuse, et *dénidation* sa desquamation, sa désintégration, termes très-bien appliqués.

Dans une communication plus récente encore, faite à la *Royal Society* de Londres[6], Williams conclut, de l'examen de seize cas, que la rupture du follicule et l'échappement de l'ovule se produisent, dans la règle, avant l'apparition du flux menstruel correspondant.

D'après ces travaux, il faudrait admettre qu'avec l'hémorrhagie de la muqueuse utérine, les processus qui pouvaient fixer l'ovule de cette période dans l'utérus, sont passés, et que, par conséquent, l'œuf qui

[1] *Berlin. klin. Woch.*, nº 52. 1871.
[2] *Arch. f. Gyn.*, III, p. 456.
[3] *Stricker's med. Jahrb.*, p. 135. 1873.
[4] *Obst. J. of Great. Brit.*, febr. and march 1875.
[5] *Obst. J. of Great. Brit.*, p. 209, july 1874.
[6] *Proceedings of Roy. Soc.*, nº 162. 1875.

amène la grossesse appartient à l'ovulation suivante, qui n'est plus accompagnée d'hémorrhagie. Le début de la gestation se comporterait donc de la façon suivante: une cohabitation qui a eu lieu de une à trois semaines après la période menstruelle fournit le sperme pour la fécondation; celui-ci, conservant longtemps son pouvoir fécondant, s'avance lentement jusque dans les trompes et sur l'ovaire, et féconde l'ovule peu de temps après sa chute; les changements qui ont lieu dans l'ovule fécondé entretiendraient alors la congestion vers les parties génitales, de sorte que les processus régressifs de la muqueuse utérine ne se produisent pas, et la période menstruelle est supprimée parce que la conception vient d'avoir lieu et que l'ovule continue à se développer dans la caduque, qui a fortement bourgeonné.

Les processus se passent probablement de cette façon, dit Schrœder. La durée de la gestation humaine serait alors notablement moindre qu'on ne l'avait admise jusqu'ici. On ne peut naturellement pas dater son début à partir de la cohabitation fécondante, mais seulement à partir de la pénétration des spermatozoïdes dans l'ovule. Cela aurait lieu quelques jours avant l'époque où la période menstruelle est attendue mais ne paraît point. La gestation serait raccourcie par là d'au moins trois semaines et comporterait ainsi 250 à 260 jours, au lieu des 280 admis jusqu'ici. En outre, le moment de la cohabitation devra être autrement placé. Jusqu'à présent, on admettait que, pendant que l'ovule franchissait lentement les trompes, un coït fournit le sperme fécondant, qui avance rapidement. Maintenant, il faut se représenter les choses de telle manière que la cohabitation fournit le sperme, qui avance lentement dans les trompes et jusque sur l'ovaire, attend ici l'ovule et le féconde peu de temps après sa chute. Peut-être l'infundibulum de la trompe joue-t-il le rôle de réceptacle de la semence.

Bischoff[1] (de Munich) continue du reste à penser, même après les recherches de Kundrat et Williams, que l'ovule fécondé provient de la

[1] *Wiener med. Woch.*, nos 20-24. 1875.

période d'ovulation avec laquelle la menstruation a eu lieu la dernière fois. Admettant une progression très-lente de l'ovule à travers les trompes, il ne laisse arriver l'ovule fécondé dans l'utérus que quand la muqueuse utérine s'est déjà régénérée. Reichert[1] (de Berlin) fait remarquer avec raison que dans cette hypothèse deux périodes menstruelles sont nécessaires pour la conception; l'une d'elles fournit l'ovule, mais la caduque est préparée en vain, tandis que l'autre fournit le nid pour l'ovule, et l'ovule lui-même est obligé de rester stérile et de périr. Ce serait là une complication dans la fécondation chez l'homme qui ne présente pas d'analogue, et qu'on hésite à admettre.

Bischoff déclare la nouvelle théorie de l'imprégnation prémenstruelle fort plausible; elle paraît expliquer la fécondité bien connue des juives, malgré leur stricte observation de la loi de Moïse qui défend la copulation pendant les sept jours qui suivent les règles[2].

La fécondation pourrait d'après cela se faire le plus facilement quand la cohabitation a lieu dans la 2e moitié de l'espace intermenstruel, puisque c'est alors que le sperme déposé dans le conduit génital de la femme pourrait féconder aussitôt l'ovule à sa sortie. Il y aurait donc lieu de modifier le précepte de Marion Sims[3] qui recommande à ceux

[1] *Sitzungsberichte d. Akad. d. Wiss.* zu Berlin, p. 6. 1873.

[2] La loi mosaïque prohibe le coït pendant l'écoulement des règles et durant les sept jours qui suivent : « Si ses règles ont cessé d'avoir cours, elle comptera sept jours, après lesquels elle sera pure. » (Lév., XV, 28.) « Tu n'approcheras point d'une femme pendant son impureté menstruelle. » (Lév., XVIII, 19.) « Quand un homme aura couché avec une femme qui a ses mois, ils seront tous les deux retranchés du milieu de leur peuple. » (Lév., XX, 18.) — Le Talmud, aux sept jours de continence *après* les règles, imposés par Moïse, a ajouté six autres jours qu'il nomme les *jours blancs*, parce que la femme doit mettre des draps blancs à son lit, afin qu'on voie s'il ne revient aucun écoulement coloré. Le Talmud pousse même la précaution jusqu'à indiquer comment on distinguera une tache de sang faite par l'écrasement d'une punaise, de celle que donnerait un retour du flux génital. Le coït, d'après le Talmud, ne doit se faire que le quatorzième jour après les règles; à ce moment il est *recommandé* comme ayant chance d'être fructueux.

[3] *Notes cliniques sur la chirurgie utérine dans ses rapports avec le traitement de la stérilité*, trad. Lhéritier, p. 450. Paris 1866.

qui désirent une progéniture, de pratiquer l'acte sexuel le 3$^{e}$, le 5$^{e}$ et le 7$^{e}$ jour après la cessation du flux, et le 5$^{e}$ et le 3$^{e}$ avant son retour présumé, et seulement une fois chaque jour (toujours le soir en se mettant au lit et non le matin au moment du lever).

Que faut-il penser de l'opinion sur la puissance fécondante du coït pratiqué pendant les règles, que Pouchet[1] fait remonter à Aristote? et de l'exemple célèbre qu'il rapporte, de Henri II qui avait reçu de Fernel le conseil de se conformer à ce précepte? Ce roi, qui était désolé de n'avoir pu obtenir d'enfants durant une union de onze années, s'en trouva bien, dit-on, puisque Catherine de Médicis donna depuis lors naissance à cinq enfants.

### 3. Procédé de calcul basé sur cette théorie.

Il va de soi que le calcul de la durée de la gestation admis jusqu'ici n'est pas altéré par ces considérations, puisqu'il est basé uniquement sur l'observation. Le premier jour de la dernière époque menstruelle sera peut-être toujours la date la plus pratique, pour calculer la fin de la gestation. D'après ce qui précède, la dernière époque a évidemment un rapport beaucoup plus constant avec la fécondation que le coït fécondant lui-même, puisque l'ovule est probablement très-vite fécondé chaque fois après sa sortie de l'ovaire; cette sortie a lieu à des époques périodiques régulières, tandis que la cohabitation ne fait que déposer dans le canal génital de la femme le sperme fécondant auquel il faut tantôt un jour, tantôt quinze jours d'après Schrœder, jusqu'à ce qu'il arrive sur l'ovule; le coït n'a donc pas de rapport constant avec la fécondation. Comme le moment de la rupture du follicule de de Graaf n'est pas connu, et que l'ovulation qui conduit à la conception est accompagnée d'une suppression menstruelle et ne se fait remarquer en général par aucun signe extérieur, le plus pratique sera toujours de compter à partir de la

[1] *Théorie positive de l'ovulation spontanée*, p. 280. 1847.

dernière menstruation; seulement il ne faut pas oublier que la fécondation de l'ovule n'a eu lieu probablement que 24 jours plus tard.

On calcule le plus commodément la fin de la gestation d'après Nægele, en comptant 280 jours à partir du 1er jour de la dernière époque menstruelle.

Il n'est pas douteux pour Schrœder que la durée de la gestation ne soit en rapport avec les périodes menstruelles, et le plus probable est que l'accouchement arrive quand neuf périodes menstruelles se sont écoulées depuis la chute de l'ovule. Pour une période menstruelle de 28 jours, Schrœder calculerait ainsi : Dernière période commencée le 28 mai; la période suivante serait revenue le 25 juin. La chute de l'ovule fécondé a peut-être eu lieu le 22 juin. Ajoutez 9 périodes de 28 jours chacune, vous aurez le 1er mars comme jour de l'accouchement.

La grande difficulté de toutes ces manières de calculer consiste à connaître le type de la menstruation qui, outre que souvent il n'est pas connu, n'est pas constant du tout chez une seule et même femme, puisque l'époque revient tantôt après 28 jours, tantôt après 30 ou 26 jours, et avec de plus grandes différences encore. Schrœder aurait vu chez la même femme la naissance d'enfants mûrs arriver après 258, 265, 270, 274 et 293 jours à partir du 1er jour de la dernière menstruation.

Schrœder ne doute pas un instant qu'un enfant présentant tous les caractères de la maturité ne puisse naître depuis le 240e jusqu'au 320e jour[1].

[1] Disons en passant que Gaston (thèse de Paris, p. 55 et 56, 1875), se demandant si la durée des époques menstruelles influe sur la durée de la gestation, commet une erreur en attribuant cette opinion à Schrœder. Charpentier, dans sa traduction du *Manuel d'accouchements* de Schrœder (Paris 1875, p. 70), donne lieu à cette erreur de Gaston quand il dit : « Chez les femmes qui ont de longues *époques menstruelles* la grossesse dure beaucoup plus longtemps, et l'on peut admettre que les deux faits, les longues *durées menstruelles* et la longue durée de la grossesse, sont la conséquence d'une seule et même cause, une faible excitabilité des nerfs de l'utérus et de l'ovaire. » Au lieu de longues époques ou durées menstruelles, il faudrait lire « longues *périodes menstruelles* », c'est-à-dire longs intervalles entre deux menstruations successives. (Voir

### 4. Conclusion.

Tel est aujourd'hui l'état de la question touchant le terme normal de la gestation. Pas de terme précis : d'ordinaire 280 jours après le début de la dernière menstruation. Quant à la durée de la grossesse, il semble qu'elle dépende beaucoup moins de l'époque du coït fécondant que de l'évolution de l'ovule fécondé. D'après les recherches les plus récentes, l'ovule fécondé serait celui qui devient libre à la première suppression menstruelle. Le coït ayant lieu dans la période intermenstruelle, les spermatozoïdes ne peuvent féconder l'ovule que quand il est sorti de l'ovaire et qu'il est mûr pour la fécondation. Si le coït a lieu avant la chute de l'ovule, il faut que les spermatozoïdes attendent. Un point qui prend peut-être maintenant une importance plus grande que l'époque du coït fécondant, c'est la durée d'une époque menstruelle à l'autre, qui doit correspondre au temps qu'il faut à l'évolution d'une vésicule de de Graaf pour devenir fécondable.

La date du coït fécondant, si on la connaît, servira seulement à contrôler si la première suppression menstruelle était bien due à la fécondation ou à une cause pathologique quelconque.

l'original : *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 4e Aufl., p. 61. Bonn 1874.) Schrœder ne veut évidemment pas dire qu'un *long écoulement* menstruel est la conséquence d'une *faible excitabilité* des nerfs de l'utérus et de l'ovaire ; c'est le contraire qui serait plutôt admissible.

Gaston, se basant sur cette traduction de Charpentier, fait dire à Schrœder « que chez les femmes qui ont de longues époques menstruelles, la grossesse dure beaucoup plus longtemps, et que pour lui une longue *durée des règles* et une longue durée de la grossesse seraient l'une et l'autre la conséquence d'une faible excitabilité des nerfs de l'utérus et de l'ovaire. » Il dresse alors un tableau de la durée de l'écoulement menstruel chez les femmes qu'il a pu observer, et trouve naturellement qu'on ne peut établir aucune relation entre la durée des règles et celle de la grossesse. Ce qui aurait été plus intéressant, c'eût été de dresser un tableau de ce que Schrœder appelle la *période menstruelle*, c'est-à-dire la durée de l'intervalle entre deux menstruations successives, et voir la relation avec la durée de la gestation, comme l'avait déjà fait Berthold, mais pour sept cas seulement.

Ajoutons, pour terminer, l'opinion de M. le professeur Stoltz (voir l'article *Grossesse* du *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*[1]) : « La grossesse est une fonction dont l'exercice est en quelque sorte *mystérieux*, et, pour cette raison, difficile à constater... C'est un des problèmes de diagnostic les plus difficiles à résoudre pour le praticien. — Il ne suffit pas d'avoir constaté l'existence de la grossesse, il faut encore déterminer à quel développement elle est parvenue... Peu de femmes peuvent indiquer le jour où elles ont conçu ; cependant il en est qui se sont trouvées dans des circonstances telles qu'elles n'ont pas pu se tromper, ou qui ont éprouvé des sensations au moment suprême ou immédiatement après, qui ne leur laissent aucun doute sur leur état. Rien n'est plus facile alors que de dire quand elles accoucheront. Le plus souvent on ne peut pas se fier à ces déclarations, et il vaut mieux alors se rattacher à d'autres points de départ. L'époque de la dernière menstruation est un point de départ assez certain[2]... »

## CHAPITRE III.

### LA DURÉE ORDINAIRE DE LA GROSSESSE PEUT-ELLE SE PROLONGER?

#### 1. Examen des opinions émises sur cette question.

« Étant donnée, dit Stoltz, la durée ordinaire de la grossesse, 270 à 280 jours, de combien de jours cette durée peut-elle se prolonger? Les exemples qu'on a voulu prendre chez les animaux ne peuvent pas s'appliquer à l'espèce humaine... Des observations qu'on a faites sur l'espèce humaine il résulte que la grossesse ne peut pas se prolonger plus de *quinze jours*, quelles que soient les circonstances qui la fassent durer au-delà du terme ordinaire. Mais il ne faut pas compter les jours du *travail* d'expulsion, lequel dure quelquefois quatre, cinq, jusqu'à six

[1] Tome XVII, p. 22. 1873.
[2] *Ibid.*, p. 38, 39. 1873.

jours, ou les *empêchements mécaniques* de la naissance définitive. Il faut aussi faire la part de cette autre circonstance de retard, la *mort du fœtus*, qui favorise la rétention du fruit de la conception pendant quelque temps, mais jamais pendant la durée que lui assignaient les anciens et que quelques modernes semblent encore accepter... La loi française a été au-delà de l'extrême limite en fixant le 300e jour comme terme ultime [1]. »

Depaul [2] se prononce dans le même sens : A mon avis, dit-il, la loi a fixé une limite bien large... Je n'ai jamais vu les 260 jours dépassés que lorsqu'un obstacle matériel existait qui s'opposait à la réalisation des vœux de la nature.

Le professeur Kleinwächter [3], de Prague, exprime la même opinion en disant : La durée de la grossesse comporte 280 jours ou 9 mois du calendrier et 7 jours. Il n'y a pas de grossesse prolongée; les erreurs de calcul de 8 à 10 jours en plus ou en moins viennent de ce que nous ne savons pas à quel moment de la menstruation l'œuf est fécondé. Ajoutez à cette circonstance que les relations de ce genre viennent, la plupart, des temps anciens, tandis que dans les temps modernes on ne rapporte plus que très-rarement de ces cas. Il ne faut pas oublier, enfin, qu'il y aura toujours des femmes qui ont intérêt à induire à dessein le médecin en erreur, pour sauver, vis-à-vis du monde, leur honneur et la légitimité de leur enfant.

Gardien [4], tout en admettant la possibilité des naissances tardives, convient pourtant que leur existence est difficile à démontrer. L'opinion des naissances tardives, dit-il, n'est même pas susceptible d'une preuve physique... Il faut encore convenir, ajoute-t-il, que la plupart des exemples de grossesse retardée que citent les auteurs, ne doivent pas être admis trop légèrement; en les soumettant à un examen sévère et

[1] Tome XVII, p. 104.
[2] *Leçons de clinique obstétricale*, p. 101.
[3] *Grundriss der Geburtshülfe*, p. 38. Wien 1877.
[4] *Traité complet d'accouchements*, t. I, p. 175, 176. Paris 1807.

en les appréciant à leur juste valeur, on voit que le plus grand nombre se trouvent chez des personnes intéressées à tromper, ou chez des femmes qui ont pu s'en laisser imposer en datant leur grossesse de l'époque de la cessation de leurs règles qui ont pu disparaître quelque temps avant la conception, ou en attribuant à une seule grossesse la durée de deux gestations, si le produit de la conception vient à s'échapper de l'utérus à l'insu des femmes. En effet, lorsque l'expulsion a lieu dans les six premières semaines, il est difficile de déterminer si l'hémorrhagie plus ou moins considérable dont la femme peut avoir été atteinte a produit la sortie de l'embryon ou si elle a seulement menacé de le faire. Les douleurs des reins peuvent avoir lieu dans une simple hémorrhagie, comme celle qui présage la sortie de l'embryon. Ainsi J. Collins[1] a publié un cas de grossesse de onze mois, où les mouvements du fœtus n'avaient été perçus que 20 semaines avant l'accouchement. Il est évident qu'il y avait eu erreur de calcul.

Il faut convenir, dit Gardien[2], que plusieurs des raisons alléguées par ceux qui admettent la possibilité des naissances tardives sont peu propres à les établir, et que s'en servir, c'est ajouter en quelque sorte du poids aux objections des antagonistes et les faire triompher en partie, en leur fournissant le sujet d'une réfutation plausible de l'opinion des naissances tardives.

Les partisans des naissances tardives ont invoqué, pour établir cette opinion, les chagrins, la débilité de la femme, le défaut de nutrition; toutes ces circonstances, les maladies dont la mère peut être atteinte pendant sa grossesse, loin de retarder l'accouchement, paraissent au contraire l'accélérer. Hippocrate craignait l'avortement chez les femmes faibles. L'observation du père de la médecine est confirmée chaque jour par l'expérience. Les passions tristes ont aussi été invoquées comme pouvant produire un retard dans l'expulsion de l'enfant; mais le plus

[1] *The Edinburgh medical and surgical Journal*, avril 1826. — *El. v. Siebold's Journal* u. s. w. Bd. VIII, St. 2, p. 503.

[2] *L. c.*, p. 179.

souvent elles produisent un effet contraire ; elles sont rangées, avec bien plus de raison, parmi les causes d'avortement.

La faiblesse ou la petitesse de l'enfant n'influe pas ordinairement sur le terme de l'accouchement, ou bien, si cela arrive quelquefois, l'observation apprend que la faiblesse de l'enfant est, au contraire, une circonstance qui peut accélérer l'expulsion du fœtus. On ne peut pas dire avec Vigarous et Burns qu'un enfant peut venir au monde dès le septième mois, par cela seul qu'il est plus vigoureux, tandis qu'il peut ne naître qu'à dix ou onze mois, si au terme de neuf mois il n'a pas encore acquis son développement.

On ne doit pas conclure qu'une grossesse est prolongée d'après l'état avancé de l'organisation du fœtus, par exemple parce que les mâchoires seraient armées de quelques dents au moment de la naissance. Les enfants faibles, nés avant terme, ont aussi souvent présenté ce phénomène que ceux dont un développement plus grand pouvait porter à soupçonner un retard dans la naissance.

Ce qui se passe dans les végétaux, quoique favorable, en apparence, à l'opinion des naissances tardives, ne peut pas servir à la prouver, parce qu'on ne peut pas établir de parité entre la manière dont les végétaux s'accroissent et celle dont l'embryon se développe. Cette analogie est souvent en défaut, car ce sont les fruits dépérissants qui, pour l'ordinaire, tombent les premiers. Que l'enfant soit bien développé ou non, l'accouchement se fait toujours au même terme. Quoiqu'il soit constant que le fœtus peut se développer plus ou moins rapidement, et complétement dans le sein de la mère, comme on voit les graines semées dans le même sol parvenir plus tôt à maturité les unes que les autres, les fruits sur un même arbre parvenir à maturité à des époques différentes, on ne peut pas en conclure qu'il doit naître plus tôt ou plus tard, suivant que le fœtus est arrivé plus tôt ou plus tard à son degré d'accroissement.

L'analogie tirée des ovipares est également fausse, car si les petits peuvent éclore dans un espace de jours plus ou moins grand, c'est

qu'ils peuvent couver leurs œufs plus ou moins exactement. Chez la femme, au contraire, le degré de chaleur est toujours le même, quel que soit son tempérament, le climat qu'elle habite.

On invoque encore les influences morales et sociales de la civilisation comme cause de grossesse prolongée. Mais si elles agissent, elles doivent agir dans le sens contraire, c'est-à-dire qu'elles doivent diminuer le temps de la gestation, au lieu de l'augmenter. De là résulte sans doute que les fausses-couches sont, selon toute probabilité, beaucoup plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois. A ce sujet, il ne serait peut-être pas impossible que même la durée normale de la gestation eût été un peu plus longue autrefois qu'aujourd'hui. Dans tous les cas il y a beaucoup de raisons pour admettre que la civilisation fait accoucher prématurément : d'où les accouchements prématurés fréquents dans les villes, rares à la campagne. La civilisation rend précoce en tout, elle fait évoluer plus rapidement; jamais elle n'agit pour ralentir ou pour entraver l'évolution, en prolongeant les phases du développement d'un organe, en dehors des cas d'arrêt de développement; on a alors un phénomène pathologique, et dans ce cas l'organe qui en est l'objet meurt rapidement, ne pouvant soutenir la lutte pour l'existence.

### 2. Causes d'erreur qui ont fait admettre la possibilité de la prolongation de la grossesse.

Il m'a semblé, dit Simpson[1], qu'il n'était pas impossible que quelques cas d'apparente prolongation de grossesse fussent susceptibles d'une autre explication. Tous nos plus récents et nos meilleurs anatomistes paraissent maintenant s'accorder à reconnaître que la caduque est simplement une modification et une hypertrophie de la muqueuse utérine, que, par suite, la caduque n'est pas d'abord un sac fermé, mais que dans son intérieur s'ouvrent pendant quelque temps les orifices des

[1] *Clinique obstétricale*, trad. Chantreuil, p. 69. Paris 1874.

trompes de Fallope et l'orifice utérin. Il ne paraît pas tout à fait impossible que, l'ovule d'une première conception se désorganisant sans que la caduque soit immédiatement évacuée, la cavité de l'utérus, restant perméable, une deuxième imprégnation ait lieu dans un temps très-court, et que la caduque de la première conception serve pour la deuxième. Si jamais un tel phénomène se produit, une période cataméniale peut s'écouler sans évacuation menstruelle, et il en résulte une inévitable erreur dans le calcul.

Une source d'erreur que nous avons entendu signaler à sa clinique par M. le professeur Stoltz, c'est que la fécondation peut avoir lieu peu avant la menstruation et supprimer celle-ci. Si alors on calcule la gestation en comptant à partir de la dernière époque menstruelle, on compte 28 à 30 jours de trop; d'où les grossesses de 300 jours et au-delà.

Dans nos recherches, nous avons du reste remarqué que la plupart des cas de grossesse prolongée ont une durée d'environ 300 à 308 jours, à partir de la dernière menstruation, ce qui fait 28 jours ou une période menstruelle en plus des 280 jours. Cela permet de présumer qu'*on s'est trompé d'une période menstruelle.*

Hohl [1], de son côté, a fait une remarque qui vient à l'appui de notre observation, quand il dit que si l'accouchement n'a pas lieu à la 10ᵉ époque menstruelle, il se fait à la 11ᵉ après 21 ou 28 jours, selon la durée de l'espace libre intermenstruel; et la gestation dure alors 301 à 308 jours. Un coup d'œil jeté sur une grande série d'observations et de communications sur la durée des grossesses prolongées, nous fait connaître que dans la plupart des cas elle comporte 308 jours (comme Granville, Sabine, Thortsen, Klein, l'auraient observé sur leurs propres femmes). Riecke communique un cas où la grossesse aurait duré 336 jours, ainsi deux fois 28 jours de plus que 280 jours.

Nous croyons par suite, dit-il, eu égard aux observations d'autrui et

[1] *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 412. Leipzig 1855.

à deux des nôtres, que la prolongation de la grossesse comporte ordinairement 21 ou 28 jours (301 ou 308), dans des cas très-rares deux fois 21 ou 28 jours; si elle dépasse ce temps, ce qui est excessivement rare, il faut présumer un état pathologique qui anéantit l'idée de grossesse normale.

Il y a une grande source d'erreur à laquelle sont sujettes de semblables observations quand la dernière menstruation est prise pour point de départ; c'est que les règles sont quelquefois suspendues pour d'autres causes que la conception, un mois ou deux avant la conception réelle, ou même plus; et, en conséquence, si l'on fait dater la durée de la gestation de la dernière apparition des règles, on peut tomber dans une sérieuse erreur de calcul.

En outre, dans les Maternités, les femmes indiquent souvent pour l'époque de leurs dernières règles une date antérieure à la date réelle, pour faire croire qu'elles sont plus avancées dans leur grossesse qu'elles ne le sont en réalité, dans la crainte de n'être pas admises à une époque trop éloignée de l'accouchement. Souvent alors j'ai remarqué qu'elles vous trompaient exactement d'un mois quand on insiste pour avoir une date précise de leur dernière époque menstruelle ou de leur conception.

Observation I. — Mme N., sage-femme à Nancy, bipare, accouchée pour la première fois le 19 juin 1875 d'un enfant du sexe féminin, qu'elle a allaité jusque vers le milieu de septembre, eut son époque menstruelle pour la deuxième fois le 10 août 1875. Elle ne la revit pas le 10 septembre, ce qui lui fit croire qu'elle était enceinte. Elle continua néanmoins à allaiter jusqu'à ce qu'une deuxième suppression menstruelle fût passée. En effet, le 10 octobre, point de règles. C'est alors que la dame N. ne douta plus de sa grossesse et cessa d'allaiter. Se croyant ainsi enceinte d'avant le 10 septembre, elle calcula selon les règles de l'art qu'elle devait accoucher au plus tard vers le 10 juin 1876. Tous les préparatifs sont faits pour cette date. Le ventre développé comme au neuvième mois, tombe le 22 juin. Elle n'accouche que le 15 juillet d'un enfant du sexe féminin du poids de 3250 grammes, long de 50cm. Mme N. convient qu'elle a pu devenir enceinte encore au mois d'octobre.

Nous rapportons cette observation parce que nous avons pu suivre complétement le cas, et que cela s'est passé chez une sage-femme, personne qui, par conséquent, n'est pas ignorante en la matière. Le cas aurait pu être pris pour une grossesse prolongée de dix mois de durée par un partisan des accouchements retardés. Mais il est évident que la menstruation avait été supprimée avant la conception par suite de l'allaitement, que la dame N. n'est devenue enceinte qu'après le 15 octobre, et que, sans l'allaitement, elle aurait dû avoir encore sa menstruation entre le 5 et le 15 octobre.

Obs. II.— Marguerite G., cuisinière, âgée de 22 ans, née à Etelbruck (Luxembourg). Grande, cheveux châtains, fortement constituée, dit n'avoir jamais été malade. Bipare, dernière menstruation le 8 septembre 1875. Se dit enceinte du 15 septembre. Accouche à la Clinique le 25 juillet 1876, d'un enfant du sexe féminin, pesant 3360 grammes, long de $49^{cm},5$. Diamètre bipariétal, $9^{cm},25$.

Ceci serait une grossesse prolongée d'un mois, si on s'en rapportait au dire de l'accouchée. Mais analysons le cas. Comme il n'y a eu aucun empêchement local, il n'y a que deux possibilités à admettre pour la grossesse prolongée : 1re condition, que le fœtus mette plus de temps que normalement pour devenir mûr, et alors il faut qu'il y ait faiblesse ou maladie de la femme ou de l'enfant. Or, la fille G. est une forte femme de la campagne qui n'a jamais été malade, et l'enfant est un modèle d'enfant, bien portant, à terme. — La 2e condition, s'il y a grossesse prolongée, est que l'enfant doit être plus développé que normalement ; il faut qu'il soit plus lourd, plus long, le diamètre bipariétal plus grand ; or, rien de pareil n'existe, et il n'a que le poids et les dimensions moyens des enfants à terme.

La fille G. prétend pourtant qu'elle ne se trompe pas, « car, dit-elle, le 10 octobre a eu lieu la fête chez moi et, à ce moment, j'étais déjà enceinte d'un mois. » Il est évident qu'elle ne l'est devenue qu'à cette fête du 10 au 20 octobre. Si elle n'a pas eu son époque menstruelle au commencement d'octobre 1875, cela doit tenir à une autre cause que la conception.

Obs. III. — M. le professeur Stoltz nous a raconté le cas d'une jeune femme venue à sa consultation. Réglée pour la dernière fois en septembre 1875, elle se crut enceinte parce que ses règles ne revenaient pas et se crut à terme pour le mois de juin 1876. Mais voyant à ce moment que son ventre n'était pas volumineux, elle vint consulter M. Stoltz qui a pu s'assurer à la fin de juin qu'elle en était à peine au sixième mois de sa grossesse, quoiqu'elle n'eût plus ses règles depuis dix mois. A terme elle aurait donc eu une grossesse de douze mois !

Ce qu'il y a d'insolite, c'est qu'elle ait pu concevoir n'étant pas réglée. On ne sait ce qui a pu arrêter le flux menstruel peu de temps avant la grossesse.

Ce dernier cas, ainsi que beaucoup d'autres semblables, permet de croire que, dans la plupart des cas de grossesse prolongée, la durée aurait été réduite à la norme, s'ils avaient pu être observés par des accoucheurs expérimentés. La plupart des cas de grossesse prolongée sont rapportés, en effet, par des personnes qui n'ont pas fait une spécialité de l'art obstétrical, ce qui est important, vu la grande difficulté de constater la grossesse dans les premiers mois de la gestation, difficulté avouée même par les accoucheurs qui ont une grande habitude de l'examen des femmes enceintes.

### 3. Extrême limite assignée à la prolongation.

Simpson [1], admettant la possibilité de la prolongation de la gestation humaine au-delà de sa durée normale ordinaire, se pose une autre question : quelle est l'extrême limite de cette prolongation, ou, en d'autres termes, combien de jours au-delà de la période normale de la grossesse est-il possible à une femme de porter un enfant? Je confesse, dit-il, que plusieurs des derniers cas relevés, particulièrement par nos confrères d'Amérique, me semblent dépasser les bornes de cette possibilité. Ainsi, le Dr Meigs, de Philadelphie, a rapporté un cas d'après des « détails » qu'il regarde comme « dignes de foi », où une femme se sup-

[1] *Clinique obstétricale*, p. 73

posa elle-même enceinte en juillet 1839, sentit remuer son enfant le 20 novembre, eut de fausses douleurs le 10 avril, mais l'enfant ne naquit que le « 13 septembre 1840, au matin »; la grossesse, suivant le Dr Meigs, ayant ainsi duré près de 14 mois ou 420 jours[1].

Le professeur Atlee, de Philadelphie, a publié deux cas de prolongation de la grossesse qu'il a observés personnellement. Dans le premier, la femme eut ses règles le 22 mars 1832, sentit remuer le 5 août suivant, et fut accouchée par le forceps le 22 mars 1833. C'était sa quatrième grossesse. Dans le deuxième cas du Dr Atlee, la femme vit paraître ses règles pour la dernière fois le 6 août 1833. Le Dr Atlee, qui déclare « n'avoir pas le moindre doute sur la véracité des cas ci-dessus », imagine, à cause de la date de la sensation des mouvements de l'enfant chez les deux femmes, qu'elles devinrent enceintes peu après leur dernière époque menstruelle, et que, par conséquent, dans les deux exemples, la grossesse dura presque 365 jours.

Le Dr Tucker[2] rapporte avec certains développements l'opinion de la Cour américaine relativement à la possibilité de la prolongation de la grossesse à propos d'un procès en bâtardise à la « Lancaster Quarter Session ». Dans ce cas, la demanderesse assurait que son enfant avait été conçu le 23 mars 1845 et était né le 30 janvier 1846, ce qui faisait une grossesse de 313 jours, ou 2 jours de plus que la durée attribuée à la gestation — 311 jours — dans l'affaire de la pairie de Gardner. Dans le procès américain, six médecins se prononcèrent plus ou moins positivement contre la possibilité de sa prolongation jusqu'à 313 jours. En s'adressant au jury, le président de la Cour fut d'avis que la grossesse prolongée durant une période de 313 jours, « quoique extraordinaire et improbable, n'était pas impossible », et, en conformité de cet avis, le jury déclara coupable le défendeur.

Metzger[3], l'adversaire le plus décidé des naissances tardives, dit :

[1] Meigs, *Obstetrics, the Science and the Art*, p. 230. 1852.
[2] *Elements of Midwifery*, p. 149.
[3] *Ger. Med.*, § 312, Anm. 6.

« Les naissances au terme de dix mois ne peuvent compter que si on veut parler de mois lunaires et non de mois solaires; une addition de quatre semaines est ou bien une fausseté formelle ou un expédient facile pour sauver l'honneur des dames contre la bienséance. Les grossesses de 11, 12 et 13 mois sont des mensonges patents. Celui qui peut soutenir sérieusement une pareille assertion doit avoir peu réfléchi sur la grossesse et l'accouchement. »

Au moyen-âge, l'auteur arabe Ebn Kotaiba[1] parle de divers hommes célèbres, qui étaient nés dans le 16e mois et dans la 2e, la 3e et la 4e année, et les femmes de la descendance de Saidi étaient toutes enceintes de trente mois. Metzger fait la remarque suivante : « Pour de pareilles assertions, on tient compte de l'époque à laquelle elles ont été écrites; elles ressemblent aux contes des *Mille et une nuits.* »

Hyernaux[2] convient qu'à côté d'observations d'accouchements à onze et douze mois, rapportées par des hommes qu'il croit dignes de foi,il en est d'autres empreintes de trop d'exagération pour qu'on admette que des grossesses utérines aient duré pendant trois, quatre et cinq années.

Pour rendre suspecte la possibilité des naissances tardives, Metzger[3] disait : « La naissance retardée est très-suspecte parce qu'elle se présente très-rarement, et n'est prétextée que quand il y a à cacher une cohabitation suspecte ou à attraper un héritage, — de la part de veuves ou de femmes mariées après le départ du mari ou d'enceintes non mariées — tandis que chez d'autres femmes qui peuvent indiquer d'une manière exacte et précise le moment sûr d'une cohabitation unique sans dessein et sans intérêt, le terme ordinaire de la gestation arrive avec la 40e semaine. »

[1] Reiske, *Opusc. med.*, p. 24, sq.
[2] *Traité pratique de l'art des accouchements*, p. 201, 2e édit. Bruxelles 1866.
[3] *Syst. der ger. A. W.*, § 302.

#### 4. Conclusion.

Nous voyons, en somme, que la plupart des auteurs qui admettent les grossesses prolongées, se placent au point de vue médico-légal. A ce point de vue, en effet, il faut être indulgent, car il faut que le médecin-légiste fasse contre-poids aux juges qui n'ont que trop de tendance déjà à voir un criminel dans chaque accusé. C'est ainsi qu'Alberti, Teichmeyer, Büttner admettent les grossesses de 10 mois et hésitent à rejeter complétement celles de 11 et 12 mois. Hebenstreit admet leur légitimité jusqu'au commencement du 11e mois. Osiander accorde la possibilité d'un retard de 6 semaines au delà du terme ordinaire. Louis et Haller admettent les accouchements à 10 mois, ainsi que Schnobel[1], Roose, Klose, Masius, Bernt[2], Sprengel, Mende[3], Wildberg[4], etc. Löw accorde 300 jours comme terme extrême de l'accouchement retardé. Henke[5] déclare légitime un accouchement retardé d'un mois au delà du terme normal, si les circonstances parlent en faveur de la mère.

Voilà l'opinion que la philanthropie dicte au médecin-légiste. Autre est le devoir de l'accoucheur et du physiologiste, qui observent comment la nature évolue et ne considèrent que le point de vue scientifique pur, sans égard aux applications que l'art se permettra d'en tirer. C'est devant des considérations de cette nature que l'homme de science s'arrête quelquefois et hésite à dire toute sa pensée quand il voit une pauvre femme qui n'est point coupable au point de vue naturel, mais que l'état social actuel condamne.

Si l'on songe aussi à combien de mensonges honorables conduit le

[1] *De partu serotino.* Iena 1786.
[2] *Handbuch der ger. A. K.*, p. 103. Wien 1828.
[3] *Beob. u. Bem. aus d. Gebiete d. ger. Med.*, Bd. 3, p. 286. Gött. 1826.
[4] *Lehrbuch der ger. Arzneiwissenschaft*, p. 167. Erfurt 1824.
[5] *Ger. Med.*, § 104.

respect des mœurs et le besoin de l'estime d'autrui, on découvrira alors les vrais motifs de ces fixations de l'accouchement de 7 à 10 mois par toutes les bonnes lois. Les institutions des peuples n'ont-elles pas pour but de servir à leur bonheur en assurant leur tranquillité? Ainsi, c'est la pudeur des femmes, c'est l'honneur des familles, c'est une juste sollicitude pour les enfants, c'est le respect dû au mariage et l'incontinence naturelle à notre espèce, qui donnent à la naissance de l'homme une fausse apparence d'incertitude et d'inconstance. Chez les peuples sauvages, les femmes accouchent toujours à 9 mois ou 270 jours; et il n'y a guère de variations chez nous que pour les enfants posthumes ou les premiers-nés. Toutefois il faut ajouter que mille causes morales, absolument étrangères aux animaux, rendent l'avortement naturel beaucoup plus fréquent dans notre espèce qu'en aucune autre.

---

# DEUXIÈME PARTIE.

## De la rétention indéfinie de l'œuf dans la matrice.

---

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'œuf, vivant ou mort, peut-il séjourner plus de *neuf mois* dans la matrice de la femme ?

C'est là une question qui n'est pas résolue et qui a peu occupé les physiologistes et les accoucheurs. La plupart affirment le fait, sans apporter à l'appui de leur opinion des preuves tant soit peu logiques et convaincantes.

Avant qu'on ne connût la grossesse extra-utérine, on a publié de nombreux faits de grossesses prolongées pendant une ou plusieurs années.

Voici ce que dit M. le professeur Stoltz à propos de la prolongation du séjour du fœtus dans le ventre de sa mère dans la grossesse extra-utérine[1] :

« Ce séjour d'une durée indéfinie de l'œuf dans le corps de la femme a donné lieu à l'hypothèse de la grossesse *prolongée*, qui était très en vogue dans les siècles derniers, surtout aussi longtemps qu'on ne croyait pas à la possibilité de la grossesse extra-utérine. Ainsi, dans le dix-septième siècle on soutenait des thèses conçues dans les termes suivants : *An fœtus in tuba uteri generari possit? negat.* Quentin Thevenyn (1639). — *An homo extra uterum gigni potest? negat.* Ant. Ruffin

[1] Art. *Grossesse* du *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVII, p. 116. 1873.

(1658). — *Ergo potest infans per plures annos in utero matris, ejusque tubis, sana superstite muliere conservari.* Lemercier, Parisiis (1667). Cette fausse idée s'est propagée jusqu'à nous, puisqu'un moderne, Penker, a pu écrire l'histoire d'une grossesse utérine qui durait depuis trois ans, en 1824 (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. IX, p. 124). Dès qu'on a eu nié la possibilité de la grossesse en dehors de la matrice, on a dû croire nécessairement à la grossesse utérine prolongée ; mais aujourd'hui qu'on connaît si bien l'histoire de la grossesse extra-utérine, on ne devrait plus ajouter foi aux histoires anciennes. Et cependant des hommes du plus grand mérite, des anatomistes distingués ont pris le kyste dans lequel le fœtus extra-utérin était renfermé, pour la matrice même, et ont soutenu dès lors la possibilité de la prolongation de la grossesse utérine bien au-delà de son terme normal, c'est-à-dire la possibilité de la continuation du séjour d'un *fœtus mort*, avec ses accessoires, *dans la cavité utérine* pendant des années: illusion singulière, qui n'a pas même été détruite par la réapparition régulière de la menstruation ! »

## CHAPITRE PREMIER.

### HISTORIQUE.

Il n'est pas possible d'ajouter foi aux observations du siècle dernier, surtout à celles où il est dit que des femmes ont *conçu de nouveau* et ont *accouché*, alors que le premier fœtus était encore retenu *dans la matrice*. Qui donc peut croire que la semence de l'homme puisse passer par la matrice fermée, et déjà occupée par un fœtus, autour duquel elle s'est contractée, et parvenir jusqu'à l'ovaire ?

De pareilles observations sont rapportées par Bartholin, Wenckh, etc. Bartholin[1] raconte qu'une femme qui avait porté pendant 6 ans un fœtus mort dans l'utérus, fut de nouveau enceinte pendant ce temps.

[1] *Histor. anat. rar.* Cent. IV, hist. XIV, t. II, p. 238.

Wenckh[1] prétend avoir trouvé chez une femme, dans une nouvelle grossesse, des os d'un fœtus plus vieux.

Cela ne peut se concevoir que si l'on avait affaire à un utérus biloculaire, ou si l'on a confondu une grossesse utérine avec une grossesse tubaire, ou bien si l'utérus renfermait deux jumeaux, dont l'un, mort, a été macéré et dissous dans le liquide amniotique.

Les anciens, Hippocrate, Celse, Paul d'Egine, ont parlé de fœtus morts *dans la matrice*, et putréfiés. Albucasis a *le premier* décrit un cas dans lequel un fœtus est sorti par un abcès de l'ombilic (évidemment une grossesse extra-utérine). Il faut aller jusqu'à Rousset (*Hysterotomotokie*) pour trouver de nouveaux cas. Daniel Sennert réunit les matériaux existants, et composa son chapitre intitulé : *De partu nullo et fœtu in utero mortuo* (*Œuv. c.*, t. III, p. 732,) : grossesses extra-utérines, quoique l'auteur dise : *Si ergo partus nullus fiat, et fœtus.... mortuus sit, danda opera ut, antequam putrescere incipiat, ex utero vel expellatur vel extrahatur*. Sennert n'a fait aucune distinction — il écrivait il y a deux siècles —; mais Sam. Merriman est tombé dans la même erreur dans son mémoire : *Dissertation of retroversion of the womb*. Lond. 1810.

Différentes observations de ce genre sont rapportées par divers auteurs, qui prétendent avoir vu le fœtus renfermé dans la matrice pendant 2 ans (Nigrisoli[2]), 29 mois (De la Vergne[3]), 5 ans (Math. Cornax[4]), 6 ans (Büchner[5]), 9 ans (Schulz[6]), 12 ans (Camera-

[1] *Misc. Nat. Cur.* Dec. III, Ann. IV, obs. 87.

[2] Nigrisoli, *De romana muliere per biennium utero gerente*. Guastall. 1665.

[3] De la Vergne in *Journ. de méd.*, t. XIV, p. 440. 1761.

[4] Math. Cornax, *Hist. quinquennis fere gestationis in utero*. Venet., 1550, in *Halleri Bibl. med.*, t. II, p. 95. — *Exsectio fœtus vivi ex matre viva sine alterutrius vitæ periculo*, etc. a Fr. Rosseto gall. conscripta, Casp. Bauhino, Latio reddita et var. hist. aucta. Adjecta est Jo. Albosii *Fœtus per ann. XXVIII in utero contenti et lapidefacti hist.*, etc., p. 228. Francf. 1601.

[5] Büchneri, *Miscell.* 1728, p. 822. — D. Georg. Hanæi *Mater infantis mortui vivum sepulchrum*, in Eph. Nat. Cur. Ann. V, p. 352, obs. 174.

[6] Schulz in *Abhandlungen der schwed. Akademie*, Bd. XXIX.

rius[1]), 13 ans (Hertogius[2]), 14 ans (Mühlbeck[3]), 28 ans (Bartholin[4]), 46 ans[5].

C'est la lecture de ces cas qui a dû faire dire à Rœderer[6], l'auteur le plus ancien qui parle des rétentions : « *In ipso etiam utero fœtus quandoque in lithopaedion durescit.* » Voigtel[7] dit à ce sujet : « Plusieurs auteurs paraissent avoir observé qu'un fœtus mort était resté longtemps dans l'utérus. Si cela ne repose pas sur quelque erreur (et nous ne pouvons pas en admettre pour toutes les observations de ce genre, quand plusieurs des observateurs sont à ranger parmi les hommes dignes de foi), il faut pourtant savoir que toujours un obstacle mécanique se trouvait situé à l'orifice utérin, joint à un affaiblissement des forces des muscles de l'utérus. » Il résulte de là que Voigtel lui-même, quoiqu'il ne fût pas persuadé que ces cas s'étaient comportés comme ils ont été rapportés, admettait pourtant que cela ait pu avoir lieu.

Les accoucheurs et les médecins-légistes du siècle dernier et du commencement de ce siècle jusqu'à Carus, ne parlent pas des rétentions du fœtus dans l'utérus. Est-il permis d'attribuer ce silence à l'ignorance des faits rapportés avant eux ? Ne faut-il pas plutôt penser que ces hommes étaient persuadés que le phénomène en question ne pouvait absolument pas avoir lieu ou qu'il n'en existait du moins pas d'exemple *indubitable*.

D'après Osiander[8], la grossesse prolongée est très-variable quant à sa durée, suivant que l'œuf est *dans la matrice* ou *en dehors* de cet

[1] Camerarii *Memorabil.* Cent. XX, Nro. 55.

[2] *De muliere, quæ annis XIII, in utero gestavit sceletum fœtus mortui*, etc., scripta ad M. Cornacem ab. Ægid. Hertogio. Medico in *Exsectio fœt. vivi ex matre viva*, etc., *l. c.*, p. 240, hist. III. — Halleri, *Bibl. medic.*, vol. II, p. 85.

[3] *Abhandlungen der Joseph. med. chirurg. Akademie* zu Wien, B. I. p. 225. 1787.

[4] *Collectanea de diuturna graviditate.* Amst. 1662. — Bartholini, *Hist. anat. rar.* Cent. II, hist. C.

[5] *Ephem. Nat. Cur.*, Cent. X, obs. 48.

[6] *Elem. art. obstet.* 1759, p. 356.

[7] *Handbuch der pathol. Anat.*, Bd. 3, p. 518. Halle 1805.

[8] *Handbuch der Entbindungskunst*, 1. Th., p. 340. 1819.

organe. Dans le premier cas, elle peut se prolonger pendant *trois mois solaires*, dans le dernier *indéfiniment*. Il ne parle pas d'une manière spéciale du séjour indéfini du fœtus dans la matrice, de sa décomposition, de sa résorption (absorption) ou putréfaction.

Kilian, ajoutant foi aux idées que Carus avait fait revivre et que les Allemands avaient adoptées après lui, croyait à la possibilité du séjour du fœtus dans la matrice pendant des années. Il cite les cas de Praël (28 ans), de Cheston (52 ans). Il en parle dans une note qui fait partie de l'article : *Von den verschiedenen Schwangerschaften* (T. I, p. 160, note *a*).

## CHAPITRE II.

### OBSERVATIONS DES SIÈCLES PASSÉS.

Nous commencerons par rapporter les cas les plus impossibles, c'est-à-dire les plus contestables comme grossesses utérines : ce sont ceux qui ont été publiés par les auteurs des siècles passés.

Observation I[1]. — «En 1652, Marg. Mathieu, femme Puget, de Toulouse, après avoir accouché heureusement de dix enfants, se trouva enceinte du onzième. Vers la fin du neuvième mois de cette grossesse, elle ressentit les douleurs de l'enfantement. La violence du mal l'obligea de se coucher; on manda un chirurgien accoucheur qui, après l'avoir touchée, assura que rien n'était disposé pour l'accouchement: les douleurs devinrent violentes durant deux mois. Pendant ce temps elle rejeta quelques grumeaux de sang hors de la matrice.

«Elle passa encore près de trois mois avec de fâcheuses douleurs, mais plus supportables que les premières, quoiqu'elles fussent néanmoins accompagnées d'un écoulement continuel de matière purulente ; de là elle commença à reprendre ses forces, sa matrice ne rendit plus rien, et la seule sujétion de se tenir couchée sur le dos, donnait un fort grand relâche à ses douleurs, de façon toutefois qu'elle était fort incommodée de son fardeau en toute autre situation, et qu'elle le sentait

[1] Nic. de Blegny, *Histoire anatomique d'un enfant qui a demeuré vingt-cinq ans dans le ventre de sa mère.* Paris 1679.

changer de place, toutes les fois qu'elle se tournait d'un côté ou d'un autre ; elle demeura dix-huit ou dix-neuf ans dans cet état, et on a remarqué durant tout ce temps, qu'après une intermission de plusieurs mois, elle souffrait des épreintes si violentes, qu'elle pressait souvent son chirurgien de lui ouvrir le ventre, et d'ôter ce qui lui causait tant de mal.

« Depuis ces premières années jusqu'en 1675, cette masse qui l'avait tant incommodée par sa grosseur et par son poids, lui donna d'autant moins à souffrir, qu'elle demeura fixe dans le ventre, soutenue en quelque sorte, et sans qu'on y remarquât le moindre mouvement. Enfin, le 17 juin de la même année, elle fut surprise d'une fièvre continue, qui termina sa vie à 62 ans.

« Le lendemain on fit l'*ouverture de son corps;* on trouva sur tout le fond de la matrice un corps dur comme de la pierre, concave du côté du fond de cette partie, long d'environ quatre travers de doigt, et qui fermait un ulcère de même grandeur. A cet ulcère près, le reste de la matrice était dans sa conformation naturelle, aussi bien que toutes les autres parties du bas-ventre, excepté l'épiploon qui avait acquis l'épaisseur de deux bons travers de doigt, et qui était devenu squirrheux et un peu charnu.

« On renversa l'épiploon sur la poitrine, et on vit alors une masse informe qui lui était adhérente, longue d'environ onze pouces, et pesant huit livres chacune de seize onces. Toute sa superficie n'était qu'une croûte d'un bon pouce d'épaisseur, et encore plus en quelques endroits : cette croûte était presque aussi dure que les cartilages et d'un jaune fort pâle, excepté du côté de la jonction, où elle était moins dure et plus rougeâtre. Exposée au feu, elle se fondait comme du suif, de manière toutefois qu'après la fusion il restait une sorte de membrane et quelques tubercules plâtreux qui étaient en différents endroits de sa substance.

« Cependant comme on ne laissa pas de voir quelques légères traces d'un enfant à l'inspection de cette enveloppe, elle fut découpée et détachée le plus doucement possible, et à la fin on en découvrit un qu'on reconnut être mâle. Il était situé de façon que sa tête était appuyée sur le fond de la matrice. Le devant de son corps regardait l'épine du dos de sa mère, le derrière était du côté de l'épiploon. Il occupait en partie la région ombilicale et en partie l'hypogastrique, tirant un peu vers le côté gauche. »

Le cas de Nic. de Blegny est évidemment un cas de grossesse extra-utérine méconnue, observée au dix-septième siècle, époque à laquelle on n'en soupçonnait pas la possibilité, mais qui aujourd'hui est évidente pour tout le monde. Le travail se manifesta au terme ordinaire, mais

l'accoucheur constata que rien n'était disposé pour l'accouchement. C'était la contraction sympathique de la matrice et des muscles de l'enceinte abdominale qui arrive toujours à terme dans les grossesses extra-utérines. Les grumeaux de sang que la matrice rejeta étaient probablement la caduque, accompagnée de quelques caillots.

Dans les *Réflexions* dont l'auteur fait suivre l'observation, il se demande «*comment le fœtus a pu sortir de la matrice pour se jeter dans la capacité du ventre.* Il peut être arrivé, dit-il, que notre enfant se soit engagé dans la trompe avant que l'impulsion des eaux y eût causé une fort grande dilatation; et qu'ainsi il aurait pu faire, en passant, la solution de continuité, qui a peut-être donné naissance à l'ulcère dont il s'agit; et que cette solution se serait plutôt faite du côté où le placenta est attaché à la matrice que de tout autre, puisqu'elle est toujours plus humide et par conséquent plus molle en cet endroit qu'ailleurs.»

Il est évident que le fœtus n'a jamais été dans la matrice. Le «corps dur comme de la pierre qu'on trouva sur le fond de la matrice» n'était autre chose que le placenta crétifié sans doute; et l'ulcère que fermait ce corps n'était probablement que la surface d'implantation du placenta. La croûte qui entourait le fœtus n'était que l'enveloppe du kyste fœtal. A part l'ulcère du fond, «le reste de la matrice avait sa conformation naturelle».

Obs. II.[1] — J. A. Seulen eut l'occasion d'ouvrir le cadavre d'une femme enceinte, qui, au moment de sa mort, avait déjà dépassé de trois mois le terme normal. La matrice était noire et gangréneuse; à gauche sur le côté, et un peu au-dessus de l'ombilic, se trouvait une ulcération non-seulement de la matrice, mais aussi des muscles abdominaux. Le fœtus était recouvert d'un mucus épais, brun noirâtre, vieux, semblable à de la lie, de sorte qu'on ne pouvait reconnaître aucune partie fœtale. Le museau de tanche était épaissi, fermé, renflé et dur.

Grossesse extra-utérine manifeste. L'ulcération des muscles de la paroi abdominale près de l'ombilic est un des modes de terminaison les plus fréquents de la grossesse extra-utérine. Ce qu'on décrit comme la

[1] *El. v. Siebold's Journal für Geburtshülfe*, u. s. w. Bd. VI, St. 2, p. 398.

matrice noire, gangréneuse, ulcérée, était sans doute le kyste fœtal extra-utérin abdominal, qui s'est ulcéré vers l'ombilic, tendant à se créer ainsi une issue pour éliminer son contenu, comme cela arrive le plus souvent. C'est évidemment une erreur d'autopsie rangée à tort parmi les grossesses utérines par Meissner (*Frauenzimmerkrankheiten*, III, 424).

Obs. III. — De la Vergne[1] raconte l'*histoire d'une femme qui a porté son enfant dans la matrice* (soi-disant) *pendant vingt-neuf mois.*

« En avril 1758, dit-il, une enceinte de sept mois et demi fut saisie de douleurs de ventre si fortes qu'elle m'appela. La visitant, je remarquai l'orifice interne de la matrice bien fermé. Puis elle me dit qu'elle rendait beaucoup d'eau par les voies naturelles. En huit jours elle reprit ses occupations. Vingt-deux mois s'écoulèrent ainsi, puis allant un jour en voiture, elle sentit dans le côté gauche hypogastrique des douleurs si violentes, qu'elle crut qu'il se détachait quelque chose de ce côté. Dès le lendemain, écoulement de matière fétide durant douze jours. Il resta une douleur violente à la région ombilicale où il se forma en peu de jours une tumeur enflammée de la grosseur d'un pois, qui s'ouvrit. Je tirai par là tous les os rongés et altérés par le pus. Cette femme fut réglée par cette nouvelle voie, et jouit d'une santé parfaite.»

Pas d'autopsie. Aucun signe qui permette de penser que le fœtus était contenu dans l'utérus. Il est évident que si à cette époque la grossesse extra-utérine avait été connue, on n'aurait pas hésité un seul instant à ranger ce cas parmi les grossesses extra-utérines probablement abdominales. Un abcès se forma à la paroi abdominale vers l'ombilic par où l'on retira les os du fœtus. Quant au prétendu sang menstruel qui s'est écoulé par la fistule ombilicale, cela devait être un écoulement sanguin dû à une cause quelconque extra-menstruelle.

Un cas semblable est celui de Matthias Cornax[2]. C'est l'*histoire de la gestation pendant plus de quatre ans d'un fœtus mort qui fut extrait de l'utérus* (soi-disant) *par le ventre*, par Fr. Rousset:

[1] *Journal de médecine* 1761, t. XIV, p. 440.

[2] *Exsectio fœtus vivi ex matre viva*, a Fr. Rosseto gall. conscripta, Casp. Bauhino Latio reddita, p. 228. Francf. 1601.

Obs. IV. — «En 1545, est-il dit, une femme de Vienne, mère de plusieurs enfants, fut de nouveau enceinte à l'âge de vingt-cinq ans, et eut tous les signes d'une heureuse grossesse. Au bout de quelque temps elle sentit les mouvements actifs du fœtus. Plus tard elle eut des douleurs d'enfantement aussi violentes qu'à ses autres accouchements. Pendant ce travail le fœtus succomba. L'enceinte commença à être très-malade et souffrit pendant un grand nombre de semaines de sa tumeur du ventre, de sa dureté, de l'écoulement qui était survenu et des douleurs qui continuaient sans rémission. Elle resta ainsi à moitié morte jusqu'en 1549. Elle eut un écoulement putrilagineux continuel par la vulve durant tous ces quatre ans, tantôt plus, tantôt moins fort, mais ne cessant jamais. Une grande quantité d'humeur putride rassemblée à l'ombilic perça la matrice et tout l'abdomen. La première ouverture se fit en 1548 à l'ombilic, par où s'écoula beaucoup de matière sanieuse et fétide. En juin 1549 la matière putride se fit de nouveau jour par le ventre, en un point voisin du premier, et la matière purulente se vida largement.

« Dans cette petite ouverture se montrait à la vue et au toucher un os qui fut reconnu à son issue, après incision du ventre et de la matrice, pour le péroné d'un enfant.

« Matthias Cornax, professeur à Vienne, fut appelé en consultation. Le 10 novembre 1549, on fit une incision longitudinale de huit pouces à partir de l'ouverture qui s'était faite un peu au-dessus et à droite de l'ombilic. Les chirurgiens dégagèrent alors de toutes parts le contenu de l'utérus et sortirent par fragments un fœtus masculin mort et à demi pourri. Odeur incroyable.

«La femme fut bandée, les bords de la plaie se réunirent. Le ventre revint sur lui-même quand l'utérus fut vide; le ventre se ferma très-bien et la femme fut guérie; l'utérus lui-même se consolida tout à fait avec l'abdomen et ses parois. La matrice ayant été si bien rétablie, les règles revinrent en bon ordre; elle devint enceinte un an après et donna le jour, l'année suivante, à un enfant vivant au terme normal de la grossesse.»

Voilà en tout la marche d'une grossesse extra-utérine abdominale: travail d'accouchement vers le terme ordinaire de la gestation, mort du fœtus à ce moment. On ne donne pas le résultat de l'exploration de la sage-femme par le toucher, ni celui des chirurgiens et des médecins non plus. Il faut en conclure qu'ils n'ont rien senti de particulier au toucher. On ne parle pas d'un col dur qui aurait pu être un obstacle, mais ils n'ont pas dû sentir non plus le col entr'ouvert d'une multipare, ni la

partie fœtale engagée. L'écoulement putrilagineux qui eut lieu par la vulve s'était probablement fait jour dans le vagin par une fistule à travers le cul-de-sac postérieur, faisant communiquer le kyste extra-utérin avec le vagin, le temps pendant lequel la femme a été malade étant le temps de formation de la fistule.

Chaque fois qu'on dit *matrice* dans l'observation, il faudrait lire *kyste extra-utérin* renfermant le fœtus. Quand l'auteur dit que pour l'établissement de la fistule ombilicale l'abcès perça la matrice et l'abdomen, il le dit très-innocemment; il ne se doute nullement que cela soit discutable, car il ne s'imagine pas qu'il puisse y avoir une autre possibilité. Voici ce qui a dû se passer : un peu de péritonite locale avait fait contracter au kyste des adhérences avec la paroi abdominale antérieure; abcès vers l'ombilic, établissement d'une fistule; le même processus plus tard aux environs de la première fistule. L'opération fut une gastrotomie simplifiée probablement par l'adhérence du kyste aux parois abdominales, donc incision : 1° de la paroi abdominale, 2° du kyste, mais nullement de la matrice. Du reste, pas d'autopsie.

Comment comprendre enfin qu'un utérus si réfractaire à l'accouchement pendant quatre ans, conçoive un an après et qu'il y eût un accouchement normal?

Le cas suivant n'est pas plus concluant. Il est raconté par Egidius Hertogius[1] à Matthias Cornax. C'est « l'*histoire d'une femme qui pendant treize ans porta dans l'utérus le squelette d'un fœtus, qui fut senti par le palper aussi bien par la mère que par les personnes présentes* »:

Obs. V. — « Catharina, femme de Mich. de Menne, porte depuis douze ans dans l'utérus le squelette d'un fœtus; chacun a pu s'en assurer par le palper.

« J'ai palpé assez souvent la partie inférieure du ventre de la femme. Henr. Corn. Mathisius la palpa à plusieurs reprises debout et couchée, et reconnut très-bien par le tact tous les os du fœtus mort.

[1] *Exsect. fœt. viv. ex matre viv.*, etc., a Fr. Rosseto galle conscripta, a Casp. Bauhino Latio reddita, p. 240, hist. III. Francf. 1601.

«En 1549, après être accouchée deux fois, Catharina conçut au mois de mars, présentant tous les signes d'une heureuse grossesse : à partir du quatrième mois, elle sentit les mouvements du fœtus; plus tard il lui survint des douleurs d'enfantement si violentes qu'elle se crut près d'accoucher. Utérus fort proéminent, seins turgescents, douleurs dans la partie inférieure du ventre ainsi que dans les lombes. La sage-femme ne constata aucun signe d'un accouchement prochain. Douleurs sans rémission pendant quarante jours. Jamais on ne remarqua qu'il s'écoulât quelque chose par l'utérus pendant ce temps.

« Les mouvements du fœtus étaient si violents qu'ils pouvaient manifestement être observés par les assistants. Ce n'est que le quarante-quatrième jour des douleurs que le fœtus cessa de se mouvoir. Enfin, après un mouvement très-violent, le fœtus, raconte la mère, s'est étendu transversalement dans l'utérus. Les douleurs devinrent beaucoup plus supportables, et peu après cessèrent tout à fait. Après quatre ou six jours elle commença à rejeter par le rectum des matières sanguinolentes et noires, semblables, dit-elle, à du méconium; elle en rejetait chaque jour environ six livres. Comme elle connaissait la situation des os du fœtus, elle montrait du doigt, ici la tête, là les côtes, ici les humérus, là les fémurs.

« Voici ce que j'ai trouvé ainsi que beaucoup d'autres sous ma surveillance :

«Ce squelette est couché transversalement dans l'utérus, la tête et les membres en dedans, le dos proéminent en dehors. La tête est cachée sous l'os iliaque droit; on sent la tête de l'humérus. Sous l'os iliaque gauche se trouvent les jambes et les pieds. Le fémur se reconnaît très-bien. Au milieu du ventre on reconnaît très-distinctement le dos; on distingue aussi très-facilement toutes les vertèbres, et on peut compter de même en grande partie les côtes, tant les supérieures que les inférieures. Catharina est âgée maintenant de quarante-cinq ans. Les règles, supprimées pendant quatre ans, commencèrent de nouveau à couler jusqu'à ce jour.

« Il y a cinq ans, l'orifice de l'utérus s'est ouvert et quelques petits os en sont sortis. La sage-femme déclara qu'elle ne pouvait apporter aucun remède. La femme alors, de ses propres mains, repoussa ces petits os de sorte qu'ils revinrent à leur place primitive. A partir de ce moment il ne lui arriva plus rien de fâcheux.»

Grossesse extra-utérine évidente : la facilité avec laquelle on a pu reconnaître au palper les os du fœtus se rencontre précisément dans la grossesse extra-utérine, ainsi que la facilité d'observer extérieurement les mouvements du fœtus, parce qu'on n'est séparé du fœtus que par la paroi abdominale, tandis que l'utérus a toujours une tendance à se

contracter sur son contenu, à en former ainsi une tumeur plus résistante et à réduire toute la tumeur à une forme se rapprochant plus ou moins de la sphère ; ce qui rend le palper beaucoup moins facile et ses résultats moins complets.

La femme a du reste été menstruée de nouveau après quatre ans de suppression ! Quant aux os qui seraient sortis par l'orifice utérin, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une sage-femme inexpérimentée ait confondu l'orifice externe d'une fistule kysto-vaginale avec l'orifice utérin.

Lempereur[1], qui admet la rétention dans l'utérus, ne parle pourtant de cette observation qu'à propos des grossesses extra-utérines. Personne ne conteste aujourd'hui comme ayant été des grossesses extra-utérines celles où le fœtus a passé par la paroi abdominale. On supposait autrefois, avant qu'on ne connût la grossesse extra-utérine, que toutes ces grossesses étaient utérines primitivement, qu'il se formait une ulcération à la matrice qui donnait passage au fœtus dans le ventre, et que là il se formait une nouvelle ouverture qui lui donnait issue ; on croyait même que la femme pouvait être menstruée par là (de la Vergne). Erreurs dans lesquelles les auteurs tombaient forcément à une époque où l'on n'avait encore aucune idée de la possibilité de la grossesse extra-utérine, idée qui n'apparaît définitivement dans la science qu'à la fin du dernier siècle.

En effet, méconnue d'abord, mise en doute ensuite par les anciens, qui, avec leurs théories sur la fécondation, ne pouvaient la comprendre, la *grossesse extra-utérine* n'a en réalité pris rang dans la nosologie médicale que depuis la découverte de l'œuf et de sa présence dans l'ovaire. Si l'on rencontrait autrefois des exemples de cette déviation dans la grossesse, ces cas n'étaient considérés que comme des faits curieux, bizarres, dont on ne pouvait se rendre compte ; et on se bornait à les signaler sans chercher à les expliquer.

[1] Thèse de Paris, p. 130. 1867.

Certains accoucheurs même, et des plus distingués, Mauriceau (*Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*), entre autres, les niaient absolument. Pourtant Ambroise Paré (*Œuvres complètes*, V. III. p. 26), Amand (*Observations sur les accouchemens*, 1715, p. 60), Rœderer (*Elémens de l'art des accouchemens*, 1756, p. 113), Smellie (*Traité des accouchemens*, 1756, p. 211), Astruc (*Traité des maladies des femmes*, 1661) en ont cité des exemples incontestables.

Levret (*L'art des accouchemens démontré par les principes de physique et de mécanique*, 1766, p. 43 et suivantes) divise le premier les grossesses en fausses, en vraies, et en mauvaises quand le fœtus est situé dans un autre endroit que la matrice. En même temps que lui, Andreas Lindemann (*De partu prœternaturali quem sine matris aut fœtus sectione absolvere non licet operatori*, 1755) distingue les grossesses de la trompe, de l'ovaire et du ventre. Lauverjat (*Nouvelle méthode pour pratiquer l'opération césarienne*, 1788), Dionis (*Cours d'opérations de chirurgie*, 1782) et autres, en citent des exemples.

Mais il faut arriver à l'époque où la présence de l'œuf est nettement constatée dans l'ovaire, et où la fécondation est étudiée d'une façon intime, pour que ces faits qui paraissaient surnaturels, pussent s'expliquer; et ce n'est qu'à partir de ce moment que la grossesse extra-utérine est admise comme une espèce morbide distincte, et devient l'objet de recherches sérieuses et détaillées.

Baudelocque l'aîné (*Art des accouchemens*, 1796) s'en occupa le premier d'une manière complète, et il ne tarda pas à être suivi dans cette voie par Jos.-Jac. Plenck (*Doctrina de morbis sexus feminœi*, 1808); Stein (*L'art d'accoucher*, 1804), Denman (*Introduction à la pratique des accouchemens*, an X); puis par Gardien, Capuron, Velpeau, etc.

Mais tout était encore bien vague, et ce n'est en réalité que depuis les travaux de Négrier, de Raciborsky, de Coste, que, les phénomènes de la menstruation et de la fécondation étant bien connus, on a pu arriver à une étude rationnelle des grossesses extra-utérines; et s'il est une

chose qui doive étonner aujourd'hui, ce n'est pas l'existence de la grossesse extra-utérine, mais pour ainsi dire sa rareté, rareté qui tient peut-être moins au nombre d'œufs fécondés qui pénètrent dans la cavité abdominale, qu'à ce que ces œufs n'y trouvent qu'exceptionnellement les conditions favorables pour leur développement ultérieur, et par conséquent périssent dans le plus grand nombre des cas et subissent la résorption[1].

Une des parties les mieux étudiées des grossesses extra-utérines en est sans contredit l'*anatomie pathologique*. Mais, quoiqu'il semble que l'examen des pièces anatomiques doive suffire à mettre les auteurs d'accord, il est loin d'en être ainsi. Tous concordent quant à la présence de l'œuf; mais quand il s'agit de son point d'implantation, que de divergences, que de controverses! Les difficultés sont à la vérité quelquefois bien grandes, et, même les pièces sous les yeux, les observateurs émettent des interprétations différentes, selon leur habileté, leur patience et quelquefois leurs tendances particulières. Lorsqu'il s'agit, en effet, d'aller reconnaître l'ovaire ou la trompe au milieu des exsudats, des lésions déterminées par la présence du kyste fœtal sur les organes voisins, et de déterminer d'une manière nette et précise quel est le point de la cavité péritonéale où l'œuf a commencé à se fixer et a continué à se développer, les difficultés sont très-grandes, quelquefois insurmontables.

[1]A propos d'historique, nous nous permettrons de rectifier une erreur qui s'est glissée dans l'article de M. Charpentier (*Rev. d. sc. méd. d. Hayem*, IX, 380), quand il attribue à Depaul (*Arch. de tocol.*, 1874) la division des grossesses extra-utérines réduite à deux variétés : la tubaire et la péritonéale. M. Stoltz la donne déjà en 1873 dans l'article *Grossesse* du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVII, p. 108.

M. Depaul le reconnaît du reste lui-même dans le cours de son article sur la grossesse extra-utérine invoqué par Charpentier. Voici comment il s'exprime (*Arch. de tocol.*, p. 259. 1875) :

« J'ai été conduit à rattacher toutes les grossesses extra-utérines à deux classes principales : les grossesses tubaires et les grossesses péritonéales. Cette division, conforme à ce que m'a appris mon expérience personnelle aussi bien que l'étude des faits publiés par les auteurs, est celle qui avait déjà été adoptée par le professeur Stoltz dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (article *Grossesse*). »

Ce sont là les deux causes d'erreur qu'on trouve dans toutes les observations anciennes de prétendues grossesses utérines prolongées : d'un côté, connaissance incomplète du siége où l'ovule peut évoluer accidentellement; d'un autre côté, difficulté grande de distinguer ce siége, alors même qu'on est prévenu de la possibilité du développement extra-utérin de l'ovúle.

## CHAPITRE III.

### LES GROSSESSES PROLONGÉES RECONNUES DÉFINITIVEMENT COMME DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

#### 1. Nouvelle explication des grossesses prolongées.

Nous avons rapporté les observations précédentes pour prouver qu'aussi longtemps qu'on s'est posé des questions comme la suivante : *An potest fœtus extra uterum gigni*, et qu'on a répondu négativement — *negat* — on a pu ajouter foi à ces histoires de grossesses utérines prolongées *indéfiniment;* mais depuis que l'on sait que la conception peut avoir lieu en dehors de la matrice, et qu'une grossesse peut s'ensuivre, que cette grossesse peut dans certains cas arriver à terme, mais que l'expulsion du produit ne peut pas avoir lieu, on a découvert l'énigme des grossesses *prolongées :* elles n'ont été que des grossesses *extra-utérines*, à la suite desquelles le fœtus mort a pu séjourner un temps très-long dans la même place et même s'y pétrifier, et rester comme corps étranger dans l'économie jusqu'à la mort de la femme.

A partir de ce moment les exemples de grossesse utérine prolongée sont devenus très-rares. La plupart des physiologistes ont même commencé à douter de la possibilité du séjour prolongé d'un œuf mort dans la cavité utérine. Ce n'est qu'en invoquant l'anatomie comparée, en cherchant des exemples dans la littérature vétérinaire, qu'on a pu étayer ou qu'on a cherché à étayer l'ancienne doctrine, sans faire ressortir que dans les mammifères inférieurs les organes internes de la

génération, l'utérus notamment, diffèrent assez de ceux de la femme pour qu'on ne puisse pas conclure de l'observation sur des animaux à l'existence des mêmes phénomènes dans l'espèce humaine.

Mais tout d'abord on a invoqué l'anatomie pathologique, en affirmant que la dissection soignée de corps de femmes chez lesquelles on avait observé des grossesses prolongées au-delà du terme ordinaire possible, avait appris que l'œuf mort *était réellement contenu dans la cavité utérine*, sinon en totalité du moins en partie.

Pour montrer quel cas on peut faire de pareilles observations et de pareilles dissections, je vais rapporter ce que dit M. le professeur Stoltz au sujet des grossesses extra-utérines [1] :

« La grossesse abdominale ne présente presque pas de signes différentiels d'avec la grossesse normale, puisqu'on ne s'en aperçoit d'ordinaire que quand le moment de l'accouchement est arrivé. C'est aussi l'espèce de grossesse extra-utérine qu'on confond le plus facilement avec la grossesse utérine, et qui a donné lieu aux méprises les plus singulières. Ainsi on a vu des médecins s'acharner à vouloir introduire la main pour faire la version, ou le forceps pour l'appliquer sur la tête, alors que la matrice était vide et le fœtus renfermé dans le péritoine ! Il a déjà été dit que la plupart des grossesses *prolongées* des anciens auteurs et des modernes n'étaient que des grossesses extra-utérines abdominales. Ainsi, par exemple, W. Lawrence (*Medico-chirurg. Transact.*, vol. V, 1814) donne l'histoire d'une grossesse utérine qui dura 52 ans (!), temps pendant lequel la *matrice s'ossifia avec le fœtus!* On pourrait rappeler une foule de méprises de ce genre. »

M. le professeur Stoltz a bien voulu nous communiquer un fait inédit de cette espèce qu'il a recueilli avec soin, de 1830 à 1832. Les anatomistes distingués qui ont examiné les pièces à conviction sont connus du monde savant. Ils ont cru longtemps avoir trouvé un fœtus ou plutôt un œuf entier mort, *dans la matrice*, et qui y avait séjourné

[1] *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Grossesse*, t. XVII, p. 129. 1873.

plus d'un an. Or, une dissection soignée de la pièce en question a permis à M. Stoltz de démontrer à ces mêmes anatomistes qu'ils s'étaient trompés, et qu'il s'agissait bien véritablement d'une grossesse extra-utérine abdominale.

### 2. Observation de M. Stoltz.

Obs. VI. — *Grossesse extra-utérine abdominale confondue avec une grossesse utérine jusqu'après l'autopsie* (1830-1831).

Barbe Durgetto, femme Bilger, sage-femme à Hangenbieten (Alsace), âgée de 33 ans, petite, brune, sanguine, fut admise à la clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Strasbourg le 31 mai 1832.

Enceinte pour la seconde fois, elle avait dépassé le terme de la grossesse depuis neuf mois et se trouvait dans un état de santé qui faisait craindre une fin prochaine.

Réglée à 17 ans, exactement, et bien portante, elle se maria à l'âge de 26 ans et devint enceinte trois mois après. Arrivée à terme, elle accoucha heureusement d'une fille, qu'elle allaita pendant 18 mois.

Au mois de novembre 1830, elle devint enceinte pour la seconde fois. Après la première suppression des règles, qui eut lieu à la fin de décembre, elle ressentit des douleurs dans le vagin, de la pesanteur dans le bassin et du ténesme anal. Elle consulta un médecin, qui crut à un simple retard de la menstruation et prescrivit une application de dix sangsues aux parties génitales et des emménagogues à l'intérieur. Sur l'usage de ces remèdes, les malaises ne firent qu'augmenter, et les règles ne revinrent pas.

En février, après la seconde suppression, la femme B. eut des dégoûts pour les aliments solides, mais elle ne vomit pas. En mars elle perdit, durant deux jours consécutifs, une notable quantité de sang noir, épais, fluide. Depuis ce moment l'appétit revint, mais en même temps se déclarèrent des douleurs à la région hypogastrique tellement fortes par moments, que la patiente se trouvait mal. Des applications

émollientes et des bains n'apportèrent aucun soulagement; seules des vapeurs humides, dirigées vers la vulve, calmèrent un peu ces douleurs. Celles-ci se renouvelèrent souvent pendant toute la durée de la grossesse et furent accompagnées d'une sensation de pesanteur dans le bassin et de tiraillement dans les reins et dans la région sacrée.

Au mois de juin, la femme B. consulta un des accoucheurs les plus distingués de Strasbourg (le docteur Schweighæuser), qui l'examina et constata l'existence de la grossesse, qu'il supposa être parvenue au cinquième mois. Il lui prescrivit un calmant, qui la soulagea momentanément. A peu près tous les quinze jours elle éprouvait des douleurs plus intenses, qui l'obligeaient à garder le lit pendant quarante-huit heures. Cependant elle n'eut plus de pertes de sang.

Vers le milieu du mois d'août les douleurs devinrent plus aiguës; la malade ne quitta plus le lit et fut consumée par une fièvre continue. ayant des exacerbations vespérales. Ce n'est que vers le milieu de septembre qu'elle crut sentir pour la première fois des mouvements d'enfant. La grossesse était cependant arrivée à peu près à terme. Les douleurs ressenties dans le ventre étaient continues.

Les mouvements de l'enfant augmentaient ces douleurs, qui prirent, vers la fin du mois de septembre, un caractère intermittent tout à fait analogue aux contractions intermittentes de la matrice.

On appela alors le médecin cantonal, qui, après avoir pratiqué le toucher vaginal, déclara à la malade qu'elle allait accoucher. Il resta auprès d'elle toute la journée. Le lendemain, le travail ne lui paraissant pas avancer, il se retira. Quatre jours après, on l'envoya chercher de nouveau. Les douleurs n'avaient pas cessé de se reproduire avec exacerbations, sans que le travail parût avancé.

Après une nouvelle exploration, le médecin se décida à appliquer le *forceps* sur la tête qu'il disait plonger dans l'excavation. Mais il ne parvint à introduire qu'une des branches de l'instrument. L'orifice de la matrice, dit-il, n'était pas suffisamment dilaté. Les eaux étaient parties en petite quantité. L'accoucheur, après avoir laissé un peu reposer la

malade, essaya de faire la version du fœtus. La main parvint jusqu'à la tête, mais elle ne put monter plus haut. La femme a tellement souffert pendant cette tentative que l'opérateur fut obligé de se désister.

La patiente fut alors saignée, puis plongée dans un bain qui la soulagea beaucoup. Pendant ce temps on avait fait revenir le médecin de la ville (le docteur Schweighæuser). Celui-ci, après l'avoir examinée, dit qu'elle n'accoucherait que dans dix ou quinze jours, et s'en retourna.

On attendit; mais la pauvre malade continua de souffrir, malgré les calmants qu'on lui avait prescrits, et notamment des pilules d'opium, jusqu'à ce qu'un charlatan vint les faire cesser *par un charme!*

L'enfant avait cessé de se mouvoir après les tentatives d'accouchement au moyen du forceps et de la version.

Pendant que la grossesse se développait, les mamelles avaient augmenté progressivement de volume. A terme et après les essais d'accouchement, elles étaient tellement gonflées qu'elles occasionnaient des douleurs vives. Aussitôt que les douleurs expulsives (éliminatrices) eurent cessé, les mamelles s'étaient affaissées et un écoulement spontané de lait s'était établi.

Vers la fin de décembre, il survint un nouvel écoulement sanguin par les parties génitales. Cette perte dura une dizaine de jours et ressemblait tout à fait à celle d'une époque menstruelle.

La malade vint me consulter dans mon cabinet, le 3 février 1832. Après avoir entendu le récit de ce qui s'était passé depuis le moment où elle était devenue enceinte, je l'examinai, et voici ce que je constatai :

Le ventre est développé comme l'est celui d'une femme en gestation et à terme. On sent facilement la *matrice*, formant une tumeur circonscrite, ferme; et dans son intérieur, de la fluctuation et un corps résistant. Par le vagin, je trouve le *segment inférieur* très-distendu par la tête fœtale qui plonge dans l'excavation. A travers le *segment utérin* aminci je distingue les fontanelles et les sutures; je reconnais que la tête se trouve en première position (occipito-antérieure gauche); elle est

d'ailleurs si profondément placée et si bien fixée dans le bassin, que je ne puis la soulever. Le col de l'utérus, entièrement effacé; l'orifice élevé et directement à gauche, permettant l'introduction de la pulpe du doigt. On ne parvient pas jusqu'aux membranes; l'orifice interne est comme *bouché*. La consultante s'imagine sentir encore parfois les mouvements de l'enfant; elle se fait évidemment illusion: ce sont probablement des mouvements de latéralité d'un corps solide entouré d'eau. Son extérieur est assez bon, cependant les joues sont un peu creuses et le teint est plombé. Elle marche avec assurance et demande qu'on la débarrasse de son enfant; mais dans l'état où elle se trouve, il n'y a qu'à attendre l'effet du temps.

A partir du 3 février, où elle était venue me consulter, jusqu'au 6 avril, la femme B. s'est assez bien portée; elle a vaqué aux affaires de son ménage et a mangé de toute espèce d'aliments, sans en éprouver du malaise. Son ventre s'est peu à peu affaissé, de manière à ce qu'il ne présentât plus que la saillie qu'il a d'ordinaire à sept mois de grossesse. Souvent elle distinguait à travers la paroi abdominale des parties du fœtus qu'elle pouvait déplacer et faire passer d'un côté à l'autre. A deux reprises elle a été réglée : dans la première huitaine de février et dans celle de mars, chaque fois très-abondamment et pendant quatre ou cinq jours consécutifs.

Le 6 avril, dans la nuit, elle eut un accès de fièvre violent; au stade de la transpiration, les règles se sont montrées (c'était la troisième fois depuis qu'elle s'était présentée chez moi); elles ont coulé pendant la journée. L'accès de fièvre se répéta le lendemain et fut accompagné de lipothymie pendant le frisson, et de délire pendant la chaleur (fièvre pernicieuse). Un troisième accès eut lieu le 8 avec les mêmes symptômes; les règles se montrèrent chaque fois. De fortes doses de sulfate de quinine empêchèrent le retour des accès fébriles; mais la malade tomba dans un état de faiblesse extrême, perdit complétement l'appétit, prit un teint jaune terreux et dut rester alitée.

Insensiblement elle reprit un peu de forces, lorsque l'appétit était un

peu revenu. Vers le milieu du mois de mai, elle reçut la visite du médecin cantonal, qui avait tenté de l'accoucher lorsqu'elle était parvenue à terme. Il lui proposa de faire de nouvelles tentatives pour la débarrasser de son enfant. Elle y consentit; mais de nouveau l'accoucheur fut obligé de s'arrêter devant l'impossibilité de dilater l'orifice de la matrice, qui était hermétiquement fermé. Alors il prescrivit une forte dose de seigle ergoté, dans le but de provoquer des contractions utérines, et une préparation opiacée pour calmer les douleurs.

Le lendemain matin la patiente prit trois cuillerées de potion de seigle, une d'heure en heure. Aussitôt après, son ventre se tuméfia prodigieusement et devint le siége de vives douleurs qui ne ressemblaient en rien à celles provoquées par les contractions utérines (la malade pouvait le savoir, étant sage-femme); en même temps, elle fut plongée dans une espèce de narcotisme auquel se joignirent des envies de vomir. L'état tympanitique du ventre, les nausées presque continuelles, les tranchées intestinales, sans évacuations, que le médicament avait provoqués, lui occasionnèrent d'atroces souffrances. En répétant les lavements, on parvint à obtenir des évacuations alvines qui soulagèrent. Les parties génitales se tuméfièrent, et ne revinrent à leur état normal qu'au bout de quelques jours et par l'emploi de vapeurs émollientes.

C'est après cette crise qu'on sollicita pour cette pauvre femme l'entrée à l'hôpital de Strasbourg. Elle y fut reçue et dirigée sur la clinique d'accouchement le 31 mai 1832.

Elle se trouvait alors dans l'état suivant : Prostration très-grande des forces, teint jaune paille, sclérotiques bleues, du reste œil vif. Peau sèche, chaude, langue blanche, soif grande, peu d'appétit, pouls fréquent, égal, petit.

Examinée le 2 juin, on trouva le bas-ventre affaissé, le fond de l'utérus un peu au-dessus de l'ombilic, ferme, presque dur. On ne distinguait pas de parties fœtales par la paroi abdominale. Le vagin fut trouvé dans un état normal; point d'écoulement, point de chaleur extraordinaire. Le *segment inférieur de la matrice* était beaucoup moins saillant qu'au

mois de février lorsque je fis le premier examen, la tête du fœtus plus élevée, retirée un peu à droite; on ne distinguait plus que très-obscurément des sutures et des fontanelles.

Du reste, les parties de la femme n'étaient nullement douloureuses ou sensibles à l'excès, ce qui indiquait l'absence de toute inflammation ou seulement d'irritation locale.

Le professeur Flamant, dont j'étais alors le chef de clinique, examina la malade après moi et constata que son état était tel que je viens de le décrire. Je proposai à mon maître de pratiquer une *incision au segment inférieur* de la matrice pour mettre la tête fœtale à nu et pouvoir la saisir soit avec le forceps, soit avec des crochets. Il préféra attendre les efforts de la nature, ou, pour le moins, jusqu'à ce que la malade eût recouvré quelque force. On prescrivit du quinquina et un bon régime; malgré cela, la malade dépérit tous les jours, consumée par une fièvre continue. Bientôt s'y joignirent la diarrhée et les sueurs profuses, avant-coureurs de la mort, qui arriva en effet un mois après l'entrée de la malade à l'hôpital.

L'*autopsie* fut faite 42 heures après la mort, au grand amphithéâtre d'anatomie, devant de nombreux spectateurs, et en présence du professeur Flamant, du professeur Ehrmann (professeur d'anatomie) et du professeur Lobstein (professeur d'anatomie pathologique).

Le corps était considérablement amaigri, la teinte de la peau d'un jaune paille, le ventre ballonné au point de ne plus pouvoir distinguer et circonscrire le *corps de l'utérus* qui était recouvert par les intestins.

La paroi abdominale fut incisée en croix. On rencontra d'abord le paquet intestinal très-météorisé et dans la cavité péritonéale 500 grammes environ de sérosité citrine, sans flocons fibrineux.

En voulant soulever et renverser le côlon transverse, on s'aperçut que l'épiploon recouvrait la *matrice* et adhérait intimement, d'un côté à la paroi abdominale, de l'autre à l'*utérus* même et ne pouvait être enlevé qu'en l'arrachant. La portion inférieure de l'iléon était également

adhérente à l'*utérus* vers son fond, et d'une manière si intime, qu'on ne put l'en séparer que péniblement sans la déchirer. Cette adhérence a une étendue de 4 à 5 travers de doigt, et aux endroits de l'adhérence, l'intestin est ramolli et aminci. Une partie du côlon descendant, l'S romaine et la partie supérieure du rectum sont accolés et intimement unis à la *paroi postérieure de la matrice*.

L'*utérus* lui-même se trouvait dans l'état suivant: Son volume égalait celui qu'il présente d'ordinaire à 7 mois de gestation. Sa surface extérieure, grise ardoisée, était adhérente en avant à la ligne blanche dans l'étendue de 8 à 9 centimètres. Quand on voulut détruire ces adhérences, une partie de la *paroi utérine* resta unie à la paroi abdominale, à tel point que la *paroi utérine* n'avait plus que quelques millimètres d'épaisseur. Postérieurement, quand on voulut l'isoler de la colonne vertébrale, elle se cribla de trous par lesquels s'écoula une matière purulente épaisse et granuleuse. La substance de *tout l'organe* était considérablement ramollie, noirâtre et comme gangréneuse (putrescence). Le *segment inférieur* était seul un peu compacte et plus épais que le reste de l'organe, et de couleur presque naturelle. Le col, toujours situé en avant et à gauche, ne se reconnaissait qu'aux deux lèvres très-prononcées du museau de tanche.

On fendit l'*utérus* longitudinalement; alors on mit à découvert une masse blanchâtre, moulée à la forme de la *cavité utérine*, recouverte d'un enduit caséeux (gras) épais et sale, laissant suinter par les fentes dont il était sillonné, un liquide épais semi-purulent. Sur cet enduit caséeux on voyait par ci par là des paillettes, de la grandeur d'un grain de mil jusqu'à celle d'une lentille et plus larges, de substance blanche compacte crétacée (adipocire). La masse elle-même n'était autre que le fœtus, aplati et moulé sur la forme de l'*utérus*. En en déployant les membres inférieurs, on reconnut parfaitement la situation qu'ils affectaient, et qui était la position ordinaire. Les fesses se trouvaient en arrière et à droite, les pieds en avant et à gauche (position occipito-postérieure droite). En faisant l'extraction du fœtus, on put aussi re-

connaître que nous ne nous étions pas trompé sur la présentation de l'enfant et la position de la tête.

Le fœtus, du sexe masculin, était parfaitement développé et nourri; il pesait 3550 grammes. Le cuir chevelu, le long de la suture sagittale, était ramolli, aminci, et laissait passer à travers des éraillures un peu de substance cérébrale ramollie. Il n'y avait pas d'autre vestige des eaux de l'amnios que cette matière épaisse, bourbeuse et comme purulente qui baignait l'enfant. Çà et là on voyait des lambeaux de membranes décomposés. Quant au placenta, dont les points d'attache étaient difficiles à déterminer, il était réduit en une espèce de membrane à tissu filamenteux tellement mou qu'on le déchirait dès qu'on le touchait. Le cordon était aminci et friable.

Au milieu des adhérences que la *matrice* avait contractées avec les organes avoisinants, il fut impossible de trouver les trompes, les ovaires et les ligaments. On se proposa de rechercher ces parties dans une dissection plus minutieuse.

La vessie était rapetissée (contractée), enflammée, le tissu cellulaire du bassin infiltré.

Les autres organes renfermés dans la cavité abdominale n'offraient rien de particulier. L'estomac était un peu distendu, sa muqueuse ainsi que celle des intestins présentaient par ci par là quelques follicules injectés.

Un peu de sérosité dans les sacs pleuraux. Le poumon gauche présente quelques adhérences anciennes ; dans les lobes supérieurs des deux poumons, des tubercules dont quelques-uns simplement ramollis, d'autres déjà suppurés. Cœur flasque, sang séreux, peu coloré.

Professeurs et élèves se séparèrent dans la conviction d'avoir vu une *rétention fœtale dans l'utérus*. Personne ne mit en doute que la grossesse n'ait été *utérine*, et que l'accouchement n'ait été empêché par suite de l'occlusion du col. Les commentaires se présentèrent en foule. On supposa que la matrice s'était enflammée pendant la grossesse, qu'alors déjà s'étaient formées des adhérences de l'utérus avec les parties

qui l'environnaient ou qui étaient en contact immédiat avec lui, que dès lors les contractions, quoique énergiques de la matrice, n'ont pu effectuer l'expulsion de l'enfant; que les tentatives violentes et infructueuses d'accouchement artificiel n'ont fait qu'augmenter l'inflammation, déterminer la mort du fœtus, et celle enfin de la mère par consomption. On a pensé que la femme B. aurait néanmoins pu être sauvée, si le col de la matrice s'était un tant soit peu ouvert pour laisser s'écouler les matières sanieuses qui s'étaient formées dans l'utérus ou si celui-ci s'était *abcédé à la région ombilicale* et avait laissé passer par là son contenu, ainsi que cela se voit assez fréquemment dans la grossesse extra-utérine abdominale; enfin qu'on aurait dû faire l'*accouchement forcé*, en incisant le col de la matrice. On a regretté, mais trop tard, de n'avoir pas eu recours à l'incision du segment inférieur (opération que Lauverjat a appelée *césarienne vaginale*) alors que la malade est entrée à la clinique.

Jusqu'alors on n'avait pas même soupçonné la possibilité d'une erreur, c'est-à-dire d'une confusion d'une grossesse utérine avec une grossesse extra-utérine.

Quand l'assemblée se fut dispersée, je fis exciser soigneusement la *matrice* avec les portions adhérentes, le vagin et les parties génitales externes, pour soumettre les pièces à un examen plus complet. Le tout fut plongé dans un liquide conservateur et ce ne fut qu'une huitaine de jours après que j'entrepris l'examen en question.

Tout d'abord, je cherchai à pénétrer dans l'intérieur de la matrice par le vagin et par le col. A cet effet j'incisai le vagin un peu latéralement dans toute sa longueur pour mettre le col à découvert; il se présenta sous forme de saillie en museau de tanche à deux lèvres très-distinctes. J'insinuai une grosse sonde entre ces deux lèvres : elle pénétra à une profondeur de 6 à 7 centimètres, puis elle fut arrêtée. Pour connaître l'obstacle qui empêchait la sonde de cheminer plus loin, et pour ne pas déranger les rapports des parties, j'enlevai couche par couche le tissu filamenteux ou les fausses membranes qui recouvraient le sac, consi-

déré jusqu'alors comme la matrice dilatée, et je mis successivement à nu la matrice, les ligaments ronds, les trompes et les ovaires qui étaient collés à ce sac, aplatis et *enfouis* dans les fausses membranes qui avaient servi d'adhérences entre le sac fœtal, la paroi abdominale et les intestins.

La lumière était faite. Il n'y avait plus à douter de l'existence d'une grossesse *extra-utérine abdominale*, qui avait été confondue avec une grossesse utérine pendant la vie de la femme B., et après sa mort, à l'autopsie !

Cette grossesse extra-utérine s'était signalée dès son début par des symptômes graves qui sont loin d'être ordinaires. Ils furent attribués par le médecin consulté à un *retard* de la menstruation. Ce médecin prescrivit des sangsues aux aînes et des emménagogues à l'intérieur. Les règles ne reparurent pas, mais les malaises s'aggravèrent. Après la seconde époque manquante, quelques phénomènes sympathiques de grossesse se manifestèrent; alors on paraît avoir supposé une grossesse à son début. Au commencement du quatrième mois (après la troisième suppression) la malade éprouva une perte de sang de plusieurs jours, et de nouveau on douta de la grossesse; celle-ci fut cependant affirmée à cinq mois, par un accoucheur expert, mais elle fut traversée par de continuels malaises et à la fin par une fièvre continue qui força la malade à s'aliter.

Parvenue à terme, elle éprouva des douleurs plus régulières dans le ventre, et qui lui firent supposer qu'elle allait accoucher. Ne voyant pas de progrès dans ce travail, qui ne pouvait aboutir, elle fit appeler le médecin cantonal, qui, non-seulement confirma un commencement de travail d'enfantement, mais qui le lendemain, *las d'attendre*, voulut appliquer le *forceps* sur la tête, qu'il sentait distinctement dans l'excavation. Cette opération ne réussit pas, ce qui est facile à comprendre, puisque l'orifice n'était pas entr'ouvert. Il voulut alors entreprendre la *version* qui, comme de raison, ne put pas être exécutée.

L'accoucheur de la ville fut de nouveau appelé en consultation. Après avoir examiné, il déclara que l'accouchement n'aurait lieu qu'au bout de

dix ou quinze jours, Mais rien ne vint. La femme se rétablit peu à peu assez bien pour pouvoir se lever et sortir. Son enfant avait naturellement cessé de vivre. C'est alors qu'elle vint me consulter; elle était entrée au quatorzième mois; toujours plus ou moins souffrante, elle sollicita, deux mois après, son admission à la clinique, où elle succomba dans un état de marasme.

L'idée de grossesse utérine n'avait jamais été ébranlée. L'autopsie même n'a pas suggéré la moindre appréhension contraire; il a fallu qu'une dissection soignée de la pièce extraite du cadavre vînt désiller les yeux.

C'est là un exemple frappant qui prouve combien on peut se tromper de bonne foi quand on nourrit des préventions ou qu'on ne réfléchit pas suffisamment à ce qui est possible ou improbable, enfin quand on ne pousse pas l'examen des pièces anatomo-pathologiques, qu'on invoque comme preuves du fait avancé, jusqu'à ses dernières limites.

### 3. Observations analogues.

Dans le vol. III, p. 44 (1767), Kelly relate un cas tout à fait analogue au précédent.

Obs. VII. — Une femme qui avait déjà fait trois fausses couches devint enceinte une quatrième fois. Elle n'éprouva rien d'extraordinaire si ce n'est une certaine difficulté d'aller à la selle. Lorsqu'elle fut à terme elle sentit les douleurs de l'enfantement : celles-ci durèrent huit jours, mais l'accouchement ne se fit pas. Kelly, appelé alors, trouva, en explorant, la tête tellement engagée dans l'excavation, qu'il la touchait facilement avec un doigt, mais ce n'était pas à travers l'orifice utérin ; celui-ci était situé très-haut, derrière la symphyse pubienne, le museau de tanche dur, proéminent, fermé. C'était donc entre le vagin et le rectum que cette tête était placée, de façon à pouvoir être facilement touchée par le vagin et par le rectum. Tandis que les hommes de l'art réunis en grand nombre, discutaient sur ce qu'il y avait à faire, une sage-femme qui avait été appelée, croyant que les membranes n'étaient pas percées, *tenta*, mais *inutilement*, de les déchirer avec les doigts. La femme mourut.

L'ouverture du cadavre, quoique faite à la hâte par Kelly, lui fit voir que la *matrice était de grandeur ordinaire*, ne contenait rien, que le fœtus était placé dans le ventre, la tête dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Il était à terme, sans signe de décomposition. Le placenta était fortement attaché au côté droit du péritoine, au mésentère et au ligament large. L'auteur conclut que l'œuf est tombé de l'ovaire dans le ventre.

Un cas beaucoup plus récent de grossesse extra-utérine, confondue avec une *grossesse normale* jusqu'au moment de l'autopsie, est celui qui est consigné dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1846, n° 30, p. 119; mais ce cas se rapporte plutôt à une erreur de diagnostic pendant la vie de la femme.

En 1873, le Dr Touchard, de Sillé-le-Guillaume (Sarthe), a envoyé à l'Académie de médecine de Paris (le 1er juillet) une observation de grossesse terminée par l'*enkystement fœtal dans l'utérus*. L'Académie ne l'ayant pas publiée, nous nous sommes adressé au Dr Touchard, qui a bien voulu nous la communiquer.

Obs. VIII. — Une femme de Sillé-le-Guillaume (Sarthe), Marie Bellanger, âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis six ans, ayant eu un enfant à dix-neuf ans, habituellement très-bien réglée et d'une très-bonne santé, fut prise en mars 1872 de vomissements avec absence de règles et crut à un commencement de grossesse. En mai, je constatai de petites fièvres d'accès.

En octobre je fus frappé du développement considérable de son ventre, qui était tel que je crus un instant à une ascite; la palpation de l'abdomen me permit de constater la présence d'un liquide dans la poche péritonéale. Elle sentit les mouvements de l'enfant depuis la mi-août.

Le 3 décembre elle fut prise de douleurs intermittentes très-vives dans le ventre, dans les reins, et crut qu'elle allait accoucher. La sage-femme la toucha et acquit la certitude d'une grossesse presque à terme, mais le col de l'utérus ne présentant rien d'anormal, elle crut à une fausse alerte. La malade resta trois jours dans des douleurs analogues à celles de l'accouchement, mais pas une goutte de sang ne s'écoula du vagin, qui était le siége d'un écoulement presque continu.

Les douleurs diminuèrent, l'écoulement vaginal s'apaisa et vers la mi-janvier 1872 du sang en petite quantité sortit du vagin. Au dire de la malade, le sang

ne s'arrêta qu'au bout de trois à quatre jours et que «lorsqu'il lui fût sorti du corps de gros morceaux de viande». Au bout de quelques jours elle put reprendre les soins de son ménage. Elle affirme n'avoir pas senti les mouvements de l'enfant depuis la fausse alerte de décembre après laquelle «son lait avait gâté», et qu'elle considérait comme son véritable terme.

Le 24 février, le toucher vaginal, quoique le col fût fermé, me permit de sentir le ballottement dans l'utérus d'un corps solide que je ne pus croire être autre chose qu'un enfant.

Le masque disparut, les seins se dégonflèrent et ne donnèrent plus de lait à la pression; le ventre diminua de volume et n'était plus comparable (en avril 1873) qu'à celui d'une femme enceinte de six à sept mois, contenant une tumeur mobile. Toute sensation de ballottement avait disparu. Les règles reparurent fin avril.

La femme B. vit encore aujourd'hui (juin 1877); au côté droit du ventre elle porte en bas une tumeur de la grosseur de deux poings, mobile, «qu'on transporte à volonté dans le haut du ventre», à travers les parois duquel on sent les os de l'épaule et de la hanche. Cette femme a conçu à nouveau en septembre 1875 et est accouchée en juin 1876 d'un superbe enfant qu'elle allaite encore aujourd'hui. L'accouchement s'est fait très-naturellement.

L'auteur conclut que «les morceaux de viande» qu'elle dit avoir perdus en janvier 1873, sont probablement des débris du placenta qui, ayant ainsi privé l'enfant de toute communication vitale avec sa mère, ont fait que celui-ci a fini par s'enkyster dans l'utérus ou en dehors peut-être.

Il est étonnant que M. Touchard ne prononce pas une fois le nom de *grossesse extra-utérine*, attendu qu'il en a eu sous les yeux les symptômes les plus ordinaires : les «morceaux de viande qui sortirent du corps de la femme» n'étaient que des caillots de sang qu'elle a perdus avec la caduque qui a été expulsée.

Cette observation n'ayant été que mentionnée dans les procès-verbaux de l'Académie de médecine, on pouvait croire que c'était ce que M. Touchard croyait, une inclusion dans la matrice. La suite a prouvé l'erreur, car cette femme s'est bien portée, a conçu et est heureusement accouchée : le corps inégal, anguleux, qui existe toujours encore, est le fœtus extra-utérin.

De pareils faits ne sont pas très-rares. On a même vu des femmes

accoucher plusieurs fois en ayant encore dans le ventre le fœtus extra-utérin[1].

On trouve un certain nombre d'observations de cette espèce dans le recueil de Schenck intitulé : *Observationum medicarum rararum, novarum, admirabilium et monstrosarum liber quartus. Frib. Brisg.* 1596. *De fœtibus in utero putrefactis, matribus sæpe perniciosis : aliquando vero salvis*, etc., p. 329 et suiv., mais il est certain que dans plus d'une de ces observations on a confondu des gestations extra-utérines avec la grossesse utérine. Les principales sont tirées du traité de l'*Hystérotomotokie* de Rousset. Dans la première, des os sont sortis par le rectum, la femme est morte et l'on a trouvé le reste du fœtus nageant dans *un bourbier* formé par la *matrice décomposée... a quibus* (*medicis*) *nil nisi ossa putrida et præcipue capitis ossa fuere inventa, idque magna cum admiratione, quomodo in hoc cœno uteri putrefacti subsistere potuerint.* Dans la seconde il s'est écoulé de la sanie par le vagin; après la mort on en a trouvé beaucoup dans le bas-ventre, *absque utero* (point de matrice[2])... *fœtus ossa aliqua jam putrida, aliqua vero integra erant.* Dans le troisième, l'auteur (Plater[3]) veut avoir fait revenir les règles, et la femme s'en est bien trouvée. Plus tard encore appelé, il lui mit un pessaire, *unde mox chorda umbilicalis propendere cœpit.* Celui-ci s'en alla par la putréfaction, l'accouchement n'eut pas lieu; une femme, pour l'exciter, lui malaxa le ventre; il en résulta un écoulement de matières par le vagin. Cependant elle mourut dans la 20e semaine après les 10 mois de la grossesse; la matrice, une portion de l'épiploon et des muscles du bas-ventre étaient réduits en putrilage.

Ces erreurs n'ont pas seulement été commises en des temps où il

[1] Nous remercions M. Touchard de la bonté qu'il a eue de nous communiquer son observation, car autrement, d'après la simple lecture du titre, il aurait fallu croire qu'il avait effectivement raison.

[2] Voyez une observation analogue, curieuse, dans Mondat: *De la stérilité*, 3e édit., p. 111. Paris 1829.

[3] Fel. Plateri, prof. basil., *Observationum*, lib. I, p. 211 in § *partus defectu.* Basileæ 1614.

était permis de se tromper en anatomie pathologique, mais elles l'ont encore été dans notre siècle, et l'observation de M. Stoltz prouve que de pareilles erreurs sont très-possibles.

Dans le 6e volume des *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris* (1819), p. 321[1], on trouve une observation intitulée : *Sur une opération césarienne spontanée, due à la gangrène*, par A. Bertrand, chirurgien à Méry-sur-Seine, observation suivie de réflexions par M. Colin, et un rapport par Desormeaux, qui élève des doutes sur le siége du fœtus dans la matrice et où l'on a évidemment confondu (suivant nous) une grossesse extra-utérine avec une grossesse utérine.

Obs. IX. — Une femme de quarante ans avait accouché sept fois d'enfants vivants. Enceinte une huitième fois, arrivée à huit mois et demi de grossesse, en faisant des mouvements violents, elle perdit par le vagin de *l'eau et du sang*. Par le repos cet écoulement cessa, et quelque temps après, des symptômes inflammatoires annoncèrent un travail particulier dans le ventre. Puis il parut une tache rouge entre l'ombilic et le pubis, qui se convertit bientôt en eschare dont la chute livra passage à une grande quantité de matières puriformes et au cadavre décomposé d'un fœtus qui parut à terme ; la femme guérit.

Peut-on invoquer en faveur de l'opinion contraire à la nôtre, c'est-à-dire de ceux qui croient qu'un fœtus peut rester plus que neuf ou dix mois dans la matrice, des observations que l'on a faites *sur des brebis* qui constatent cette possibilité ? D'abord la matrice de la brebis est autrement conformée que celle de la femme; en second lieu existe-t-il chez la brebis un *travail mensuel* de cet organe comme dans l'espèce humaine ? Il est *permis d'en douter*.

Dans le cinquième volume des *Bulletins de la Faculté de médecine* de Paris, p. 192 et 194, le citoyen Huzard rapporte deux faits. Dans le premier, le fœtus de brebis est resté *trois ans* dans le ventre de sa mère, dans le second *cinq mois* après l'époque de l'agnelage. Dans un mémoire qui se trouve parmi ceux de l'Institut (t. 2, p. 295) il a rassemblé tous ceux qui se rapportent au même sujet (en prairial an V).

[1] Voir *Journ. gén. de méd.. de chir. et de pharm.*, t. 67, p. 141 (mai 1819).

# CHAPITRE IV.

## IDÉES DE CARUS.

### 1. Exposé de ces idées et des observations sur lesquelles elles se fondent.

C.-G. Carus a été un des derniers défenseurs de la grossesse utérine prolongée dans laquelle le fœtus, dit-il, peut être décomposé, et les parties molles et liquides *absorbées* par l'utérus au point qu'on n'en retrouve plus que le squelette.

Il commence ses mémoires publiés en 1822[1] et 1824[2] par un écrit sur la *grossesse utérine prolongée* et l'*absorption de l'œuf* par la matrice. Ce mémoire lui a été inspiré, dit-il, par la lecture d'une observation du citoyen Huzard, vétérinaire, observation insérée dans les *Mémoires de l'Institut national des sciences et arts*, t. 2 (prairial an V). Carus, pour expliquer la possibilité du séjour prolongé du fœtus mort dans la matrice, cite en détail l'observation du vétérinaire Huzard.

Obs. X. — Huzard raconte, d'après une lettre qu'il avait reçue du citoyen Larmande, vétérinaire à Nonant (Orne), l'histoire d'une vache, malade depuis quatre ans à la suite d'un part qui n'avait pas pu s'accomplir, quoiqu'il fût assez avancé pour qu'on vît les pieds paraître dans la vulve.

Le fait parut assez curieux au Conseil d'agriculture du ministère de l'intérieur, qui proposa de faire l'acquisition de la vache, afin de pouvoir l'observer de près et l'examiner après sa mort. Le veau formait une masse arrondie qui siégeait dans la partie déclive du ventre sous la panse. La bête succomba quinze mois après l'époque présumée du vélage.

L'autopsie fut faite par Huzard, en présence de Lassus, Gilbert et Tessier, ses confrères. La matrice fut trouvée inclinée à gauche, formant une masse ronde et

[1] *Zur Lehre von Schwangerschaft und Geburt, physiol., pathol. und therapeutische Abhandlungen mit besonderer Hinsicht auf vergleichende Beobachtungen an den Thieren*, 1ste Abth. Leipzig 1822.

[2] *Von zu lange dauernden Schwangerschaften in der Gebärmutter, u. von der Verzehrung der Frucht durch den Uterus.* 1824.

dure, ressemblant jusqu'à un certain point au troisième estomac (bonnet) dans les affections aiguës auxquelles les bêtes à cornes sont sujettes. L'ovaire gauche était dégénéré en une masse squirrheuse, décuplée de volume et renfermant un pus crêmeux.

La matrice fut incisée dans toute sa longueur. On trouva les membranes de l'œuf fortement adhérentes à la surface interne de l'utérus. Vers le fond et à droite, la substance de l'organe était ramollie et comme sur le point de suppurer.

Le veau *renfermé* dans la *corne gauche* de l'utérus, était dans une position assez normale et les parois utérines se trouvaient appliquées exactement sur lui. Le poids du fœtus était celui d'un veau bien nourri. Il était bien conservé, et seulement le quatrième jour après son extraction il a commencé à se décomposer. Quelques parties bien circonscrites semblaient entamées, les chairs étaient fraîches et belles.

Huzard fait les remarques suivantes :

1° Le veau paraît avoir péri à l'époque où il aurait dû naître, mais ne s'est pas décomposé parce que l'accès de l'air était impossible.

2° Il est probable que si la vache avait été bien nourrie, elle aurait pu vivre encore, attendu que le ramollissement de la matrice paraît avoir été la conséquence de l'altération du canal intestinal.

Larmande a déclaré à Huzard qu'il avait déjà observé un fait semblable, mais qu'il n'avait pas pu voir les suites, la vache ayant été vendue pour la boucherie.

En 1796, Gilbert a communiqué à la section vétérinaire de l'Académie le fait d'une vache dans l'utérus de laquelle on a trouvé le squelette d'un veau de 5 mois, sans qu'on s'en soit douté.

Thomas Bartholin (*De insolitis partus humani viis*, Hafn. 1664, cap. V, p. 37) raconte un fait tout à fait semblable.

En 1649, Huswing, pasteur à Friederichsbourg, fit abattre une vache dans l'utérus de laquelle on trouva le squelette desséché d'un veau. — Le Dr Sherman (*Philosoph. Transact.*, 1709) vit la même chose.

Dans le *Journal de méd.* (t. 64, 1785, p. 255) le vétérinaire Coquet, de Neufchâtel, raconte l'histoire d'une vache chez laquelle une partie du veau était partie par l'anus. La vache étant morte, on trouva que l'utérus était adhérent au côlon et la paroi abdominale percée par un abcès;

par cette ouverture les os avaient pénétré dans l'intestin. — En 1793, un vétérinaire de Gannat (Allier), Gervy, a vu un fait semblable : une vache porta 18 mois les os d'une *tête de veau* dans la matrice. Le vétérinaire en fit l'extraction après avoir débridé le col de l'utérus.

Boutrolle (*Le parfait bouvier*, Rouen 1766, p. 305) dit qu'il y a des vaches qui ne peuvent vêler. Le veau reste dans la matrice et sans accidents quand il se durcit; s'il se ramollit, elle périt. En aucun cas elle ne veut plus du taureau !

Les faits, dit Carus, qui prouvent que le petit peut être retenu longtemps dans la matrice chez les animaux, sont donc assez nombreux et ne peuvent être niés.

Cependant ce cas ne s'est pas seulement rencontré, selon lui, chez les animaux, mais *aussi dans l'espèce humaine*, quoiqu'il ne *soit pas facile*, dit-il, de trouver des exemples de *résorption* de toutes les parties molles, laissant le squelette à nu.

Carus rapporte alors un cas (*cas de Mühlbeck*) qu'il dit avoir trouvé dans lés *Mémoires de l'Académie Joséphine de Vienne*, 1787, I, 225:

Obs. XI. — Une bipare sentit au milieu de sa deuxième grossesse des mouvements non équivoques du fruit qu'elle portait dans son sein. Insensiblement ces mouvements cessèrent, et la femme eut la sensation d'un corps dur et lourd qui, dans les changements de position, tombait d'un côté à l'autre.

Au onzième mois seulement de cette grossesse, la femme éprouva des douleurs d'enfantement pendant trois jours, *sans résultat*. On appela le chirurgien du régiment (c'était la femme d'un sous-officier). La sage-femme lui dit que *les eaux étaient parties depuis 24 heures*.

A l'examen du ventre, on ne le trouva pas abaissé du tout, mais saillant au-dessus du nombril. La sage-femme, en voulant attirer le fœtus (!!), attira le vagin et l'intestin. Rien n'avança; la patiente devint tranquille. Le cinquième jour, elle se leva et reprit ses occupations.

A partir de ce moment, la femme resta bien portante pendant quatorze ans et demi, nonobstant sa tumeur dans le ventre, mais elle *ne fut plus menstruée*.

Elle mourut à 46 ans d'une fièvre typhoïde. Le chirurgien fut assez heureux pour obtenir la permission de faire l'autopsie, et voici ce qu'elle doit avoir révélé : Entre le rectum et la vessie, il trouva la matrice *notablement* plus volumineuse

que dans l'état de vacuité, *parce que le fœtus y était contenu.* A l'extérieur, la matrice était *complétement entourée* d'un tissu cellulaire blanc. Après avoir enlevé ce tissu, on vit la matrice véritable tout à fait indurée, épaisse de 4 lignes, blanc bleuâtre, ratatinée sur le fœtus (moulée) et très-résistante à l'incision. Au-dessus du fond de la matrice, on vit des deux côtés des appendices membraneux méconnaissables, formant probablement les ligaments utérins; mais ils étaient desséchés et dénaturés. En général, les ovaires et les trompes étaient *méconnaissables*, tant les trompes étaient ratatinées (*eingeschrumpft*).

En incisant la partie supérieure de la matrice, on tomba sur la tête du fœtus; le dos était en avant contre les pubis. On ne put trouver *aucune trace de placenta.* La partie inférieure de la matrice et le col étaient entièrement *ossifiés* (!) Le col formait un bouchon saillant dans le vagin. Le cône (col) était fermé par la coalition (*Zusammenwuchs*) *des extrémités inférieures* !

La vessie, le rectum, l'anus, les lèvres de la vulve, le vagin étaient gangrénés (*brandig*), effets probables de la fièvre putride (typhoïde). — L'examen du fœtus, entrepris plus tard, fit reconnaître un lithopædion. (Description embrouillée.)

On comprend difficilement qu'un savant comme Carus se soit laissé induire en erreur par cette histoire.

On peut ranger, dit Carus, à côté de ce fait plusieurs autres tout à fait semblables. Ainsi le cas de *Columba Charria*[1] :

Obs. XII. — Columba Charria, d'Agendicum, près de Sens, âgée de 38 ans en 1582, d'une bonne santé et nullipare, eut la certitude d'être enceinte. *Au terme* ordinaire de la gestation, elle fut prise de fortes *douleurs d'enfantement* et commença à sentir des douleurs du ventre. Une profusion d'ichor vint sourdre, moins par le méat urinaire que par les parties génitales; une membrane se rompit et il en sortit un caillot de sang avec des matières séreuses. A partir de ce moment, les mamelles s'affaissèrent et les mouvements de l'enfant ne furent plus perçus. La femme resta couchée pendant trois ans; tant qu'elle vécut, elle fut indisposée, se plaignant de sa tumeur dure, de douleurs du ventre et d'un poids mobile qui se déplaçait pendant les mouvements de la femme et tombait tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. *Après 28 ans* de cette gestation, *elle mourut.* A l'autopsie, l'utérus apparut rugueux, privé de sa couleur naturelle et comme de terre cuite. Après avoir coupé avec peine l'utérus, qui résistait au tranchant du cou-

[1] *Bartholini hist. anat. rar.*, Cent. II, hist. C, p. 321. Amst. 1654.

teau, on retira d'une masse calcaire [1] prodigieuse un fœtus bien conservé, dans la position ordinaire. Cœur et cerveau indurés outre mesure, moins pourtant que les parties externes.

Cette observation est aussi rapportée dans Schurig (*Embryologia historico-medica*, 1732, p. 234).

Carus range également dans ce nombre le cas de Lawrence[2] qu'on a pu lire en 1811 dans le *Monthly Magazine de Londres*, observé par le Dr Cheston sur une certaine Cowler qui, ne pouvant accoucher au terme ordinaire, porta son enfant *53 ans* dans la matrice! A l'autopsie, Cheston trouva une masse sphérique ossifiée, et sous cette enveloppe un fœtus arrivé à sa parfaite maturité, assez bien conservé, et qui avait pris la place du fond de l'utérus ossifié jusqu'au col. « Le corps de cet enfant était ferme et compacte comme s'il avait été condensé par une forte compression. Aussi paraissait-il dépourvu de liquide et faisait-il contraste avec un corps récemment privé de vie. » Ce fœtus était resté sain pendant cinquante-deux ans après la période ordinaire de la gestation dans le sein de sa mère (mais pas dans la matrice!). (V. *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie* des Drs Corvisart, Leroux et Boyer, t. 26 [1813] p. 321.)

Obs. XIII. — *Cas remarquable de fœtus ossifié dans l'utérus chez une femme de 60 ans*, par John Caldwell[3]. — Marie Delap, âgée de 60 ans, accusa, le 17 juin 1805, quatre mois après la mort de son mari, avec lequel elle avait vécu *26 ans*, une grande douleur et un malaise considérable dans le ventre et dans le bassin, avec constipation opiniâtre et dysurie.

Le 18, la douleur devint de plus en plus semblable aux douleurs d'enfantement. Elle déclara n'avoir jamais eu d'enfant, mais croyait être *devenue enceinte peu de temps après son mariage* et avoir eu ensuite une perte abondante qu'elle supposait être une fausse couche. Après cet avortement supposé, *elle fut mens-*

[1] Sectoque rursus utero vix tandem renitente ad novaculæ aciem, portentosa mole gypsea eductus fœtus...

[2] *Medico-chirurg. Transact.*, vol. V, p. 104 à 129. 1814.

[3] *Edinburgh med. and surg. Journal*, vol. II, p. 22. 1806.

*truée* régulièrement jusqu'à l'âge de 40 ou 50 ans. Depuis, elle s'était bien portée. Elle ne se considérait nullement comme enceinte.

Le 19, cette espèce de travail continua, mais sans changement aucun au col de la matrice, qui était même allongé et formait comme un prolapsus. Le col était, de plus, poussé en avant vers le pubis. Derrière le col on sentait distinctement à travers la paroi utérine des os qui semblaient être à sec.

Le lendemain, elle n'avait plus uriné depuis 24 heures, on réussit, avec le cathéter d'homme, à évacuer 2 litres d'urine.

Le 21, après le cathétérisme, on trouva autour du nombril une large tumeur semblable à une tête d'enfant, et au-dessous, reposant sur le bassin, le tronc et les extrémités.

On consulta Pollok et Graham, et on incisa le col de la matrice. Il ne s'écoula que du sang, et au toucher on crut reconnaître une substance membraneuse se présentant devant la grosse tumeur, qui fut alors reconnue de nature osseuse. Après des efforts laborieux et prolongés avec le forceps, les ciseaux, le crochet, il fut reconnu impossible de diminuer le volume de la tumeur ou de la faire avancer dans le vagin.

La femme mourut le lendemain matin. Son corps fut ouvert par le Dr School. La tumeur utérine était large et irrégulière, et sa plus grande partie était ossifiée. Elle renfermait un fœtus passé à l'état de lithopædion. Il n'y avait pas d'adhérence anormale de l'utérus avec les parties avoisinantes du bassin ou de l'abdomen. Le fœtus et la matrice ossifiés ensemble furent envoyés au professeur Clarke, à Dublin.

Le cas de Caldwell, dit Carus, s'éloigne un peu des trois précédents : 1° parce que cette femme n'avait jamais eu d'enfant; 2° parce qu'elle a été menstruée régulièrement jusqu'à l'âge de 50 ans; 3° parce qu'elle n'a eu de douleurs expulsives qu'à l'âge de 60 ans. Après qu'elles eurent duré quatre jours on essaya de débrider le col, mais la femme mourut.

Le cas de Moreau concerne une femme qui a eu d'abord huit couches normales. A la fin de la neuvième grossesse, elle eut des douleurs, *perdit de l'eau*, eut deux hémorrhagies, mais ne put accoucher. Elle porta son enfant 32 ans dans son ventre. L'autopsie démontra que le fœtus à terme et bien développé était contenu *dans une capsule ossifiée de l'utérus*. En outre on découvrit une autre capsule, mais seulement *adhérente à la matrice*, qui renfermait un embryon *de trois mois*.

Carus ajoute qu'il sait très-bien que Schurig mentionne sous la rubrique *Sceleta diu in utero remanentia,* plusieurs cas qui démontrent que le fœtus peut être ramolli, dissous et en quelque sorte *digéré* comme celui des animaux; cependant après examen sévère, ces cas de Schurig ne prouvent rien. On pouvait tout aussi bien supposer des *grossesses extra-utérines,* d'autant plus qu'il est prouvé que dans ces dernières, des os de squelette fœtal peuvent aussi être *éliminés par le vagin.*

Carus revient à résipiscence; mais caressant l'idée de la comparaison de l'utérus avec l'estomac, il veut absolument prouver que l'œuf tout entier, le squelette fœtal excepté, peut être absorbé par l'utérus.

L'auteur fait suivre ces exemples (suivant lui) de *digestion utérine,* de réflexions physiologiques dans lesquelles il commence par dire que si on recherche le mode de formation du canal génital, on peut démontrer distinctement qu'il procède du canal digestif: ainsi les oviductes des espèces animales inférieures sont comme des appendices de l'extrémité inférieure du canal digestif. — Même chez les *mammifères,* le vagin, l'utérus et les trompes de Fallope ont une forme de tube ou canal digestif.

Il va même plus loin en se livrant à ses considérations d'anatomie philosophique, et finit par conclure que les *changements qu'éprouve le fœtus retenu dans la matrice,* démontrent une grande analogie de la matrice humaine d'une part avec l'*oviducte* des animaux inférieurs, d'autre part avec le canal digestif lui-même.

L'état actuel de nos connaissances en embryologie ne permet plus de soutenir de pareilles idées sur l'histoire du développement des organes génitaux et digestifs. Ces deux appareils ont une origine toute différente et un développement séparé dès le début. Ce sont deux systèmes distincts dérivant de deux parties indépendantes. L'appareil génital est donc tout à fait étranger au canal digestif; ces deux appareils n'ont rien de commun.

La comparaison, continue Carus, des différents cas de gestation utérine prolongée montre que: 1° le fœtus peut rester intact dans l'utérus, et dans ce cas il pourrait bien *continuer de vivre faiblement;* 2° ou qu'il

se fronce et se couvre d'une croûte calcaire; 3° ou que les parties molles se ramollissent et sont *résorbées*, de façon qu'il ne reste que le squelette; ou 4° plusieurs de ces modifications peuvent se produire en même temps (dessèchement, encroûtement, résorption des parties molles).

D'un autre côté on remarque encore que le fœtus reste dans l'utérus jusqu'à la mort de la femme, ou bien qu'il arrive un moment où il se déclare un travail d'expulsion ou d'élimination.

Carus compare ensuite certaines modifications qui surviennent chez le fœtus ainsi retenu, suivant lui, *dans la matrice pendant des années*, à un simulacre de vie, et croit même à une histoire évidemment impossible d'un fœtus venu au monde *vivant* (schwach lebend), après avoir été renfermé *trois ans* dans le ventre de sa mère. Ce fait de Schmitt se trouve relaté dans Meckel, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, t. II, p. 169. Carus trouve de l'analogie de ce cas avec les amphibies qui restent vivants des siècles, renfermés dans du bois ou de la pierre ! !

*Conséquences pratiques* tirées par l'auteur du séjour prolongé de l'œuf dans la matrice :

Quelles sont les causes de la *grossesse prolongée?*

Les mêmes, dit-il, que celles de l'accouchement tardif. Elles dépendent de la mère, du fœtus, ou des deux à la fois.

Dans la première catégorie on trouve l'oblitération de l'orifice utérin, une maladie organique du corps, relâchement de la fibre utérine, constitution torpide de tout le corps. Dans la seconde classe, présence d'une grande quantité d'eau laissant l'utérus dans l'inertie, ou trop petite quantité d'eau de l'amnios; forme anormale du fœtus ou volume extraordinaire, mauvaise présentation ou position. Ce sont les mêmes causes qui peuvent donner lieu à l'accouchement *tardif*.

L'accoucheur doit se montrer actif autant de fois que la nature tend à expulser le produit de la conception, surtout quand il s'est écoulé peu de temps après le terme normal révolu.

Quand il est appelé plus tard, il ne doit agir que si la vie de la femme semble compromise; alors il doit par tous les moyens la délivrer.

Enfin, Carus se livre encore à des considérations de médecine *légale*.

*En admettant*, dit-il :

1° qu'un fœtus peut rester pendant un temps *indéterminé* dans l'utérus;

2° que les efforts d'expulsion peuvent se manifester à des époques très-diverses;

3° que la grossesse prolongée (accouchement tardif) forme la transition vers la grossesse *continue;*

4° que le fœtus peut continuer de vivre plus ou moins longtemps après la 40e semaine de son incubation;

Il faut procéder avec beaucoup de circonspection et renoncer d'abord à fixer un *terme quelconque à la grossesse utérine;* dès lors le juge ne peut déclarer la légitimité ou l'illégitimité d'un enfant en se basant simplement sur la durée de la grossesse.

*Et voilà où l'on en arrive quand le point de départ* (la prémisse) *est faux!*

Ce qu'il y a à noter, c'est que Carus *ne dit plus un mot* de tout cela dans son *Traité de gynécologie* publié en 1828 (2e éd.).

**2. Examen de la question au point de vue de l'anatomie et de la physiologie comparées.**

Les exemples pris dans l'anatomie comparée (les mammifères) peuvent-ils être invoqués pour prouver la *grossesse utérine prolongée* au-delà du terme ordinaire?

Pour cela il faudrait qu'avant tout il y eût identité de conformation et de structure entre l'utérus de la femme et celui des femelles d'animaux mammifères. Or, l'utérus des singes a seul une grande analogie avec l'utérus humain[1], et encore chez les espèces les plus parfaites seulement. Et c'est justement sur ce qui arrive aux singes pendant la grossesse que nous sommes dans une ignorance complète.

[1] Blumenbach, *Handbuch d. vergleich. Anat.*, p. 474.

La matrice de la jument, de la vache, de la brebis, espèces dans lesquelles on a voulu avoir observé des exemples de grossesses utérines prolongées, de résorption des parties liquides et molles, ou de momification, ne ressemble plus à celle de la femme ni par la forme, ni par la structure, ni par le mode d'union de l'œuf avec la matrice.

L'organe gestateur des solipèdes est divisé à son fond, en *cornes*. Chez la jument ces cornes ont presque la même longueur *chacune*, que le corps de l'utérus [1]. Or, c'est dans les *cornes* que l'on a trouvé les fœtus momifiés ou décomposés chez les animaux mammifères, et non dans le corps de l'utérus. Dans l'espèce humaine, le corps de l'utérus n'a pas d'appendices de ce genre, et les trompes s'y ouvrent par des pertuis très-étroits. Les cornes, quand elles existent, ressemblent à la trompe de Fallope, et c'est alors une véritable grossesse extra-utérine.

La structure de la matrice humaine diffère de celle de l'utérus des mammifères en ce qu'elle est plus épaisse [2], plus dense, plus fibreuse, plus vasculaire, qu'elle a une muqueuse très-développée. Pendant la gestation, elle ne présente pas de cotylédons à sa surface, les rapports du placenta avec l'utérus sont plus superficiels et moins intimes.

Enfin l'utérus humain sécrète tous les mois une quantité plus ou moins considérable de sang (menstruation), fonction que ne remplit pas celui des animaux mammifères (celui des singes excepté). (Il y a cependant le *rut*.)

Telles sont les conditions anatomiques et physiologiques qui ne permettent plus de croire à la possibilité de la *rétention* du fœtus (de l'œuf entier) dans la matrice humaine après la durée normale de la grossesse. Tous les exemples qu'on en a cités (dans notre espèce) doivent être rangés parmi les *grossesses extra-utérines*.

[1] D'après Jœrg, *Ueber das Gebärorgan des Menschen und der Säugethiere*, 4-3 centimètres (cornes 8″ 6‴, corps 9″ 6‴). Leipzig 1808.

[2] Déjà Haller, in *Elem. physiol.*, t. VII, part. II, p. 56, dit : «Uterus humanus ab omnium animalium uteris differt, quæ ego jam inciderim. Quadrupedum uterus verus est musculus, pæne ut œsophagus, crassior etiam est in homine, quam in ullo animale.»

Dans celles-ci les conditions favorables à la rétention se trouvent réunies : impossibilité d'expulsion; kyste accidentel dont la vitalité surexcitée s'éteint; travail éliminatoire latent et incomplet. Malgré ces conditions la nature cherche au bout d'un temps variable à se débarrasser de ce produit accidentel et qui a cessé de vivre, ou bien la femme succombe avant que ce travail ne soit assez avancé pour pouvoir être terminé.

### 3. Examen de la question au point de vue de la médecine vétérinaire.

Le fait de Huzard, invoqué par Carus, est presque unique dans la science *moderne*, les autres sont tous des siècles passés (où l'on n'observait pas toujours bien). Il est étonnant que la médecine vétérinaire ne consacre pas un chapitre à part à la *rétention* du fœtus *dans la matrice*. Ainsi, par exemple, Rainard, ancien directeur de l'École vétérinaire de Lyon et qui a écrit un *Traité complet de la parturition des principales femelles domestiques* (Lyon 1845, 2 vol.), n'en parle qu'en passant, et à propos de la *grossesse gémellaire;* il dit (p. 99, t. I) : « M. Guillemot a observé un cas dans lequel un fœtus a séjourné *deux ans* dans la matrice. Je ne sache pas qu'on ait observé des cas semblables chez les animaux hors du cas de grossesse gémellaire, mais on a constaté de semblables rétentions de fœtus dans le cas de *grossesse simple*. Il y a mieux, un petit étant mort et ayant séjourné un an dans l'utérus d'une femelle, il y a eu une deuxième fécondation, une deuxième grossesse, et la femelle étant morte, on a trouvé les deux petits dans la matrice ; le premier était momifié. »

Dans ce cas est-il bien vrai qu'il existait déjà un fœtus dans la matrice ? n'était-ce pas un *jumeau* momifié, ainsi que cela s'observe dans l'espèce humaine ?

Quoi qu'il en soit, c'est tout ce que Rainard dit de la rétention du petit dans l'utérus (les cornes) des mammifères.

Cherchant à asseoir notre opinion sur l'expérience d'hommes com-

pétents en l'art vétérinaire, nous nous sommes adressé à M. Tisserant, vétérinaire à Nancy, qui a bien voulu nous renseigner et nous permettre de rapporter son opinion.

M. Tisserant pense comme nous à propos du cas rapporté par Rainard, que le fœtus prétendu momifié ne pouvait se rencontrer que dans une simple grossesse gémellaire dont l'un des fœtus était avorté dans les premiers mois de la gestation et s'est momifié, l'autre continuant à se développer. Il est certain, d'après lui, que la femelle n'aurait pas demandé le mâle, si elle avait été en gestation, même d'un fœtus momifié, la femelle ne recevant le mâle que quand la nature le demande. Une femelle est jugée pleine dès qu'elle ne demande plus le mâle : c'est la seule manière de reconnaître qu'elle est grosse, puisqu'elle n'a pas de menstruation comme la femme. Or, il peut y avoir d'autres causes pour qu'elle ne demande plus le mâle, car il arrive souvent qu'on croit une bête pleine pendant 8 mois (vache) et quand le 9$^{e}$ mois arrive, elle ne fait pas de petit et n'expulse pas d'avorton non plus : il ne part rien du tout. Mais la constatation d'un fœtus mort entraîne de la part du propriétaire de la bête l'exigence d'un accouchement forcé ou la vente à l'abattoir. Dans le cas particulier, il est donc probable que le fœtus n'avait pas été reconnu avant la conception prétendue nouvelle, et qu'il a été supposé ainsi après coup, au moment de l'autopsie. Sa présence avant la conception du fœtus né vivant n'est donc qu'une supposition que nous ne croyons pas probable.

Rainard dit encore quelques mots de la rétention du petit dans l'utérus des mammifères à la fin du volume, à propos de l'*anatomie pathologique* du fœtus mort dans l'utérus. — Il se présente sous *deux états*, dit-il : quand il y a eu écoulement d'eau et contact de l'air extérieur — alors il se *putréfie;* quand l'œuf est resté entier — alors le fœtus peut, sans danger pour la mère, *rester un an, un an et demi, deux ans même* dans le sein maternel (p. 506).

C'est dans les cas de ce genre qu'on comprend comment la mère a pu ne pas éprouver d'accident, comment, si le part était double, l'autre

petit a pu continuer à se développer, ou les autres si c'est chez une femelle multipare.

En parlant de la grossesse extra-utérine (p. 118), Rainard déclare que la médecine vétérinaire ne possède en fait de grossesse extra-utérine bien constatée *que le cas de Mollard*, vétérinaire de la Tour-du-Pin (*Compte rendu des travaux de l'Ecole de Lyon*, 1837; *Recueil de médecine vétérinaire*, 1838, p. 617). Il s'agit d'un fœtus de chèvre trouvé par un boucher dans la cavité abdominale de la mère. L'utérus était complétement intact, dit ce vétérinaire, sans aucune trace de gestation. Je soupçonne fort, ajoute Rainard, que le cas de sortie spontanée de fœtus de brebis par perforation d'un point des parois abdominales est dû aussi à une conception *extra-utérine*.

Il résulte de cette déclaration que la *grossesse extra-utérine* est très-rare chez les animaux mammifères, tandis qu'elle est relativement très-fréquente dans l'espèce humaine. Cela ne tiendrait-il pas surtout à la différence de disposition des organes génitaux internes, et de structure de la matrice ?

#### 4. Examen de la question au point de vue de la physiologie pathologique.

L'idée de la *prolongation de la vie du fœtus dans la matrice au-delà du terme*, émise par Carus, est encore plus impossible. La seule chose possible est que les différents éléments anatomiques, surtout les éléments épithéliaux (cheveux, ongles, dents, etc.), continuent à s'accroître isolément, mais point ensemble, pas avec l'harmonie qui constitue la vie. Voici ce qui a été dit sur cette opinion :

L'organisme, dit Lempereur [1] à propos des grossesses extra-utérines, semble jusqu'à un certain point pouvoir bénéficier de la prolongation forcée de son séjour dans le sein maternel.

[1] *Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel.* Thèse de Paris 1867, p. 117.

Patuna parle d'une grossesse abdominale dans laquelle il trouva le fœtus ayant la taille d'*un nouveau-né de deux mois!*

Schmitt[1] cite une femme atteinte de grossesse abdominale qui éprouva de vaines douleurs en temps légitime; lorsqu'elle mourut, deux ans après, on pratiqua l'opération césarienne pour retirer l'enfant. Celui-ci *vécut et respira*, mais mourut au bout de deux heures.

Le Dr Grossi a pu, assisté d'autres confrères, constater la vitalité d'un fœtus qui avait séjourné *quatorze mois dans la matrice.*

Harvey[2] dit avoir vu une femme qui porta un enfant *plus de seize mois*, perçut ses mouvements pendant plus de *dix mois*, et enfin le mit au monde *vivant!*

L'enfant de Catherine Crépien, né à *vingt-deux mois et quinze jours*, avait, dit le Dr Panthot, des cheveux longs de deux doigts, des ongles longs, des gencives blanches, des dents prêtes à sortir, le crâne dur, la voix grave, forte, la peau dure, le placenta desséché comme une vieille basane!

En 1802, à la Maternité de Paris, on fit la gastrotomie à une femme dont on retira un enfant de 8 livres et demie (4160 grammes), long de 19 pouces ($51^{cm},3$), le diamètre de la tête en proportion[3]. A cela il n'y a rien d'étonnant : Schrœder a pesé un fœtus à terme de 4950 grammes; la longueur moyenne est de $51^{cm},2$.

Nous ne citons ici que comme un conte inventé à plaisir le cas, rapporté par Volsung, d'un enfant qui, d'après la tradition, vécut *six années* dans le corps de sa mère et qui, en ayant été tiré par une opération sanglante, *embrassa* sa mère mourante! Et le *prodigieux enfant de la ville de Sens*, dont Depaul a rappelé l'histoire, qui « aurait vécu *vingt-huit ans* dans le sein de sa mère et qui en aurait été extrait après ce long intervalle par une opération dont tous les détails sont minutieusement décrits. Mais, chose plus extraordinaire encore, cet enfant,

[1] *Beobachtungen der Akademie zu Wien*, p. 84.
[2] *Exercitationes de generatione animalium.* Ed. de Londres, in-4°, p. 260.
[3] Une livre = $489^{gr},5$; un pouce = 27 millimètres.

au moment où il fut retiré de la coque osseuse qui le renfermait, montra qu'il n'avait pas perdu son temps pendant sa longue réclusion, car il se mit immédiatement *à parler latin.* » Et le narrateur ajoute sérieusement qu'il partit pour voyager et qu'« il racontait dans cette langue les particularités si curieuses de son entrée dans la vie. »

Ce sont ces exemples et d'autres semblables qui avaient porté Meckel et à sa suite Carus à attribuer au fœtus une *vie latente* et réduite au minimum pendant un certain laps de temps; hypothèse plus que douteuse et fort difficile à admettre aujourd'hui, dit Lempereur lui-même, qui admet cependant la possibilité des rétentions.

Au sujet de l'*absorption du fœtus retenu*, admise par Carus, voyons ce qu'on en dit pour la grossesse extra-utérine.

Comment les choses se passent-elles en cas de squelettisation dans la grossesse extra-utérine? se demande Lempereur[1]. C'est là ce qui prête à la discussion. Y a-t-il ramollissement, liquéfaction et résorption des parties molles? On sait combien l'absorption du placenta par la matrice a été controversée: des hommes comme Schmitt et Nægele l'ont soutenue, tandis que M^me^ Boivin l'a combattue par des raisons plus ou moins plausibles. Beaucoup d'anatomo-pathologistes admettent que les membranes de l'œuf peuvent être résorbées; Meckel a réuni un certain nombre d'observations de grossesse extra-utérine où l'embryon était à nu et les annexes disparues. Burdach avance positivement que, quand l'organisme maternel ne peut se débarrasser du fœtus, il peut quelquefois l'absorber et s'en nourrir; l'embryon se consomme, et les os seuls en restent. On s'est appuyé sur les faits de résorption observés dans l'économie : des épanchements séreux, le contenu plus concret de certains abcès, des ecchymoses, des caillots hémorrhagiques souvent considérables, certaines tumeurs végétantes et autres que l'on voit diminuer et disparaître insensiblement; on a rappelé cette disparition sans résidu de certaines portions du squelette même, en contact avec des sacs ané-

[1]Thèse de Paris 1867, p. 129.

vrysmaux ou des tumeurs fongueuses de la dure-mère, de la portion corticale des cals osseux formés à la suite de fractures; on a, par des exemples, établi que la résorption pouvait se faire sans qu'il y eût d'adhérences contractées entre les surfaces, et l'on a conclu à l'identité du processus à l'égard du fœtus. Pour d'autres, cette disparition des parties molles n'aurait jamais lieu sans un travail pathologique circonvoisin, sans qu'une sécrétion de liquides nouveaux soit venue aider à la dissolution et à la fonte des tissus. Des faits *bien observés* peuvent seuls trancher la question d'une façon absolue; mais pour nous, dit Lempereur, considérant les observations que nous avons sous les yeux, nous ne saurions être exclusif, et nous admettons sans difficulté les deux processus.

Y a-t-il quelque analogie entre un épanchement renfermé dans une membrane sécrétante et qui absorbe habituellement, et l'intérieur d'un œuf entouré d'une fausse-membrane?

Il est difficile de croire à la résorption de toutes les parties molles. Sans doute il est difficile aussi d'expliquer la transformation de l'œuf autrement que par l'absorption et la sécrétion. Il y a un travail d'absorption et de sécrétion, puisque l'eau de l'amnios disparaît à la longue et que le fœtus devient *lithopœdion;* mais ce dernier n'est pas seulement un squelette, ce sont les parties molles elles-mêmes intactes qui s'incrustent, se recouvrent d'une couche calcaire. Ainsi, lorsqu'une plante est pétrifiée dans les eaux séléniteuses, le sel calcaire l'a tellement imprégnée, que quand on la brise on ne trouve plus l'élément principal de la plante, la chlorophylle; mais la forme en est conservée. La comparaison faite plus haut n'est pas applicable.

### 5. Conclusion.

Tous les cas de Mühlbeck, de Bartholin, de Cheston, de Caldwell, sur lesquels s'appuie Carus, sont des cas de grossesse extra-utérine évidente où l'on a pris le kyste fœtal pour la matrice. Erreurs d'autopsie

faciles à comprendre à une époque où l'on ne soupçonnait pas qu'on pût avoir à rechercher un fœtus ailleurs que dans la matrice. Dès qu'on trouvait une enveloppe plus ou moins épaisse autour de l'œuf, on disait: voilà la matrice, sans chercher une autre preuve, sans chercher non plus s'il n'était pas possible de trouver soudé sans doute à ce kyste un organe atrophié comme l'est la matrice d'une femme de 60 ou même de 94 ans, surtout si l'on a affaire à une matrice vierge, comme dans le cas de Caldwell. Pour prouver que le contenant est la matrice, il faudrait montrer au microscope les fibres musculaires lisses qui caractérisent le tissu utérin et qu'on ne trouve pas dans les parois d'un kyste. Il faudrait surtout prouver qu'on a cherché la matrice véritable sans la rencontrer.

Nous avons commencé par rapporter les idées de Carus sur la rétention du fœtus, parce que c'est lui qui a fait revivre cette hypothèse en Allemagne. Sa notoriété avait entraîné à sa suite tous les auteurs allemands modernes, qui l'admettent encore pour la plupart à l'heure qu'il est. Il nous reste à examiner dans tous ses détails cette question telle qu'elle est encore défendue par les auteurs contemporains.

## CHAPITRE V.

### RÉTENTION DE L'ŒUF AVORTÉ.

#### 1. Rétention jusqu'à terme.

Il est reconnu depuis longtemps que des fœtus morts peuvent séjourner assez longtemps dans la matrice[1], mais la durée que les différents auteurs assignent à la rétention après la mort du fœtus diffère beaucoup et est mal déterminée; ce qu'ils disent se rapporte surtout aux grossesses gémellaires. Déjà Mauriceau[2] relate six cas de rétentions de

[1] *Beitr. z. Geb.*, IV, 1, p. 51.

[2] *Observations sur la grossesse*, etc., t. II, Paris 1738, et *Dernières observations sur les maladies*, etc., *ibid.*

fœtus morts, pendant un mois. Dans un autre cas, la rétention dura 5 semaines, une fois 2 mois, dans trois cas 3 mois, dans un cas 4, dans un autre 5 ; une description insuffisante laisse pourtant surgir plus d'un doute sur l'exactitude de ses assertions.

Gardien[1] se prononce comme suit sur la durée de la rétention : Il n'est pas possible de déterminer combien de temps cet état peut durer. Quelques exemples font croire que des enfants seraient restés pendant plusieurs mois après leur mort dans le sein de leur mère.

D'après Carus[2], comme nous l'avons dit, la durée possible de la rétention ne se laisse même pas fixer *a priori*.

Kilian[3] dit que la rétention peut durer des semaines, même des mois, et invoque Ramsbotham et Velpeau.

Balocchi[4] parle d'une durée plus ou moins longue.

Chiari, Braun et Späth[5] appuient la longue rétention dans les grossesses gémellaires; dans la grossesse simple, le fœtus peut quelquefois, d'après eux, quoique plus rarement, rester dans la matrice jusqu'à six semaines.

D'après Späth[6], le fœtus mort peut demeurer dans l'utérus plusieurs jours ou semaines; quelquefois même il peut en être expulsé après plusieurs mois, « les cas de jumeaux en fournissent la meilleure preuve, etc. »

Braun[7] croit aussi que, dans les grossesses gémellaires, le fœtus mort peut rester trois à six mois dans la matrice; dans la grossesse utérine simple, plusieurs semaines.

D'après Hohl[8], des semaines, même des mois peuvent s'écouler

[1] *Traité complet d'accouchements*, vol. II, p. 129. Paris 1816.
[2] *Lehrbuch der Gynäk.*, II. Th., p. 421. Leipzig 1838.
[3] *Geburtslehre*, Bd. II, p. 621. Frankfurt 1842.
[4] *Manuale completo di Ostetr.*, p. 296. Milano 1859.
[5] *Klinik der Geburtshülfe*, etc., p. 22. Erlangen 1855.
[6] *Compendium der Geburtshülfe*, p. 252. Erlangen 1857.
[7] *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 127. Wien 1857.
[8] *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 270. Leipzig 1862.

depuis la mort du fœtus jusqu'à son expulsion; mais l'auteur paraît dans le cas particulier avoir surtout égard aux grossesses gémellaires.

D'après Cazeaux[1], une rétention de deux, trois, même quatre semaines n'est pas rare; il a lui-même observé un cas de rétention pendant six semaines, et il ajoute la remarque suivante: on a prétendu que le fœtus mort est resté dans la matrice jusqu'au neuvième mois.

Lange[2] croit pouvoir admettre dans les grossesses simples un terme de quatre à cinq semaines, peut-être même au-delà.

Schrœder[3] est le seul qui expose les différentes conditions permettant la rétention. La rétention du fœtus mort pendant plusieurs semaines dans le cas d'avortement interne, est tout à fait habituelle, dit-il; souvent elle ne détermine aucun symptôme subjectif, mais souvent aussi on voit survenir les symptômes de mort du fœtus : jamais il n'y a de retour de la menstruation. Les cas rares sont ceux où des fœtus morts ont été retenus plusieurs mois dans l'utérus. Ainsi Young[4] a vu une rétention de 2 mois et 10 jours, Pridie[5], Newmann et Harley[6] de 3 mois, Gr. Hewitt[7] de 5 mois, Jacobi[8] de 5 mois et demi, Peaslee[9] de 7 mois. Cedersschjöld[10] de 8 mois.

Fairbank[11] a publié un cas dans lequel une femme, au sixième mois de sa grossesse, éprouva une contusion violente du ventre, avec une fracture du bassin et péritonite consécutive sans avorter, et chez laquelle

[1] *Traité théor. et prat.*, etc., p. 342 et suiv. Paris 1862.
[2] *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 427. Erlangen 1868.
[3] *Manuel d'accouchements*, trad. fr., p. 409. Paris 1875.
[4] *Transact. of Edinb. obst. soc.* 1870.
[5] *Ibid.*, p. 34.
[6] *London Obst. Trans.*, II, p. 251.
[7] *Ibid.*, III.
[8] *New-York med. Rec.*, 2 mars 1868.
[9] *Amer. J. of Obst.*, IV, p. 550.
[10] *Virchow-Hirsch'scher Jahresb. über 1871*, II, p. 572.
[11] *Obst. Trea.*, IX, p. 1.

le fœtus, mort à cette époque, ne fut expulsé que trois mois plus tard. D'ordinaire, l'œuf tout entier est retenu, et il est très-rare que le fœtus seul reste dans l'utérus, tandis que le placenta et les membranes sont expulsés[1]. Cela n'est même pas probable. Le fœtus mort peut encore, surtout si la grossesse n'était pas très-avancée, malgré son long séjour dans l'utérus, s'y conserver extrêmement frais. Ainsi Schacher[2] parle déjà d'un cas dans lequel un fœtus d'environ trois mois fut expulsé avec le placenta dans la 32ᵉ semaine de la grossesse. Stephen[3] vit une femme devenue enceinte en février, chez laquelle le fœtus mourut deux mois après, à la suite d'une chute. Le 22 août, un œuf bien conservé, intact, fut expulsé avec un fœtus de six semaines.

Warner[4] fit l'extraction d'un œuf complétement frais, de deux à trois mois et n'ayant aucune mauvaise odeur, et cela à cause d'une forte leucorrhée, six mois après la mort de cet œuf.

Mac-Clintock[5] a vu une femme enceinte de sept mois, accoucher d'un œuf d'environ six semaines qui avait été retenu dans l'utérus, et contenait un embryon tout à fait frais.

Holst[6] trouva même un fœtus de quatre mois, qui ne fut expulsé que 24 semaines après la fin normale de la grossesse, parfaitement bien conservé.

En 1866, le professeur Fabbri présenta à l'Académie des sciences de Bologne un mémoire[7] sur l'avortement interne ou *part manqué*. L'auteur entend par *part manqué* la mort du fœtus dans le sein de sa mère et son séjour plus ou moins longtemps prolongé dans la

[1] Voy. Nœggerath, Chamberlain et Peaslee, *Amer. J. of Obst.*, IV, p. 552. — Solovieff, *Wiener med. Woch.* 1874, nº 45.

[2] *Universitätsprogramm.* Leipzig 1717.

[3] *Amer. J. of med. sc.*, avril 1870, p. 428.

[4] *Boston gyn. J.*, vol. V, p. 215.

[5] *Dublin quart. J. of med. sc.*, août 1870.

[6] *Beiträge*, I, 192.

[7] *Del parto pretermesso o mancato nei bruti domestici e nella specie umana* (*Mem. dell. Accad. della scienze dell' Istituto di Bologna*, vol. 5, série 2. 1866).

matrice; c'est ce que M. Stoltz a appelé depuis longtemps *avortement interne*.

Fabbri parle d'abord de quelques cas de ce genre observés chez les brutes. *Chez les animaux*, dit-il, la mort du fœtus et son séjour prolongé dans la matrice est un fait relativement fréquent, quoi qu'en dise Mac-Clintock. Il cite alors à l'appui de son opinion quatre faits[1] qui ne sont tous que des cas d'avortement interne, sans qu'il soit prouvé qu'il y ait eu rétention au-delà du terme normal.

Quelles sont les causes de cette *rétention* fœtale dans l'utérus pendant un temps plus ou moins long? se demande l'auteur.

Il est difficile, dit Fabbri, de répondre à cette question. On peut seulement avancer que ce n'est pas toujours un obstacle *mécanique*, que souvent cela tient à un état d'inertie de la matrice. Quelquefois le fœtus n'est expulsé qu'à l'occasion d'un nouveau part.

Ces faits, ajoute-t-il, sont importants pour la médecine clinique vétérinaire : 1° Si la femelle qui se trouve dans cette position est bien portante, il n'y a rien à entreprendre; 2° si, le fœtus étant décomposé, il en part des portions par la voie génitale, il faut favoriser cette sortie et extraire les portions qui se présentent, jusqu'à ce que le squelette entier

[1] *1er fait.* — Fœtus abortif momifié, qui fut expulsé en même temps qu'un autre abortif mais *frais*, par une vache qui avait été couverte quatre mois auparavant. Elle portait probablement, dit Fabbri, le fœtus momifié quand elle a conçu l'autre. La configuration *bicorne* de l'utérus *permet* d'accepter cette supposition. — Mais qui nous dit que la rétention a duré au-delà du terme normal de la gestation de la vache ?

*2e fait.* — Une truie met bas *sept petits vivants* et *un momifié*. Selon toute probabilité le fœtus momifié, dit-il encore, a été conçu en même temps que les autres, mais *est mort*. Cet événement a beaucoup d'exemples dans l'espèce humaine.

*3e fait.* — Dans une vache abattue à l'abattoir public, on trouva un fœtus de deux mois renfermé dans ses membranes dans la matrice. La cavité de la corne utérine et l'intérieur de l'œuf lui-même contenait une *humeur purulente*. Il est évident que la mort du fœtus a été *effet* ou *cause*.

*4e fait.* — Il concerne une vache dont l'une des cornes utérines renfermait un veau *plus que mûr*, et l'autre une grande quantité d'*humeur muqueuse*, si bien qu'on ne pouvait distinguer celle des deux qui renfermait le veau. Selon toute probabilité, le veau était sur le point de naître.

soit enlevé; 3° si l'on s'aperçoit de quelque trouble de l'économie qui ne puisse être attribué qu'à cet état, il faut porter la main dans les organes génitaux jusque dans la matrice et tenter l'extraction du fœtus; 4° abandonner le tout à la nature quand l'extraction ne réussit pas, la bête pouvant se rétablir néanmoins et le fœtus se momifier *dans la matrice* (mais pas au-delà du terme de la gestation, d'après nous).

L'opération césarienne a été conseillée et pratiquée avec succès.

Mais il faudrait savoir d'abord si ces rétentions sont possibles. Nous sommes de l'avis qu'il vaudrait mieux abandonner le fœtus à la nature. L'animal abattu a le même prix, qu'il porte ou non un fœtus en lui. Ne vaudrait-il pas mieux l'abattre tant qu'il est bien portant pour vendre la viande?

Fabbri a publié un fait de ce genre dans l'espèce humaine, communiqué à l'Académie, en novembre 1854, par G.-B. Baraville: — Femme de 38 ans, — mort du fœtus à 4 mois, chute du cordon, mais le travail *s'arrête*. — Écoulement séro-sanguinolent fétide, le cordon tombe. Quelques jours après une jambe fut expulsée. — La femme entra à l'hôpital, où elle séjourna 18 jours. — Le docteur B., qui la suivit, put s'assurer qu'à intervalles, surtout aux *époques menstruelles*, il sortit tantôt un os, tantôt un autre. — Et voilà tout! qu'est-ce que cela signifie? Qu'il y a eu avortement.

### 2. Rétention au-delà du terme.

Jusqu'ici nous n'avons exposé que des faits en harmonie avec les idées reçues, parfaitement explicables par la science et justifiés par de nombreuses observations. La question que nous allons aborder est loin dffrir les mêmes caractères.

*Le fœtus mort peut-il même, dans des cas exceptionnels, être encore retenu si longtemps dans l'utérus que la gestation dépasse le terme normal de la durée de la grossesse*, ou même *peut-il rester indéfiniment dans l'utérus?*

C'est ce que nous ne pouvons admettre. Passons donc en revue les différents auteurs qui ont cru devoir défendre ou au moins accepter cette opinion.

Si nous connaissions ce qui donne la première impulsion à la naissance des douleurs, et pourquoi celles-ci augmentent alors constamment jusqu'à l'expulsion de l'enfant mûr, nous pourrions examiner dans quelles circonstances le fœtus pourrait quelquefois être retenu indéfiniment dans la matrice. En attendant, il faut nous contenter de réunir le plus possible de cas donnés comme tels, pour apprendre s'il y a des conditions qui peuvent permettre la rétention, et jusqu'à quel point on peut les admettre.

Le fœtus ainsi que l'œuf peuvent se comporter dans ces cas de différentes façons, dit Schrœder. Quelquefois le fœtus se ratatine sur lui-même, et l'œuf est expulsé au bout d'un temps plus ou moins long. Il cite Manget[1], qui a publié une observation de Langelott, dans laquelle un fœtus mort au 5e mois ne fut expulsé qu'au bout de 12 mois à l'état desséché. Ce cas nous est trop incomplétement connu pour que nous puissions le critiquer.

Johns[2], dit-il, a observé deux cas dans lesquels des fœtus de 6 mois ne furent expulsés que 5 ou 6 mois après leur mort. Nous n'avons pu trouver que l'un de ces 2 cas (août 1855) : Dernières règles le 11 juin, accouchement d'un fœtus momifié de 6 mois le 11 avril, donc un retard de 3 semaines seulement, qui peut être expliqué de bien des manières, s'il n'y a pas eu erreur de calcul ou de date.

Olshausen[3], dit Schrœder, rapporte un cas où un fœtus de 3 mois momifié fut retenu pendant 8 mois et demi. Olshausen ne dit pas cela; il dit qu'il fut retenu *jusqu'à 8 mois et demi après la conception;* ce qui est bien différent.

Dans le cas d'Andrews (*Americ. Journ. of med. sc.*[4]), une enceinte

[1] *Bibl. med. pract.*, vol. III, p. 814. Genf 1696.
[2] *Dublin quart. J.*, août 1855, p. 63.
[3] *Berl. klin. W.*, nº 1, p. 7. 1871.
[4] Cité in *N. Zeitschr. f. Geb.*, Bd. IX, p. 287.

eut des douleurs et une hémorrhagie au terme normal; l'accouchement n'eut pourtant pas lieu, il ne se fit que 9 mois après. Ainsi 18 mois après le début de la gestation un fœtus mort fut expulsé. Ce cas nous est trop incomplétement connu pour que nous puissions le discuter.

Nous manquons de détails sur le cas de Madge[1], intéressant en ce que la malade qui, après 11 mois de grossesse, expulsa un fœtus momifié de 4 mois, était paralytique.

Fr. de Angelis[2] a communiqué à l'*Osservatore medico di Napoli*, luglio 1830, l'observation suivante d'un *fœtus desséché sorti de l'utérus après 11 mois d'incubation :*

Obs. XIV. — Une dame de quarante-cinq ans, qui n'était plus menstruée depuis la septième grossesse, rendit dix mois après la mort de son mari, au milieu de douleurs utérines très-intenses, un « fœtus desséché contenu dans une bourse, sans la perte d'une goutte de sang. Le fœtus, long de 8 pouces, paraissait s'être développé dans l'utérus cinq à six mois, être mort ensuite et resté dans l'utérus quatre ou cinq autres mois.»

D'après ce dernier calcul, cela ne ferait que 10 mois, même 9 et demi. On s'appuie surtout sur ce que l'expulsion n'eut lieu que 10 mois après la mort du mari : ce qui ne prouve rien scientifiquement. C'est donc à tort que Meissner[3] cite ce cas comme grossesse prolongée.

Si le fœtus meurt de bonne heure, continue Schrœder, il peut arriver que le placenta, et en réalité la partie fœtale de ce placenta, les villosités choriales, continuent à recevoir des matériaux nutritifs, à les absorber et à se développer.

Récemment, le Dr Mac-Mahon[4] dit avoir observé un cas dans lequel un fœtus de 4 mois fut, avec les membranes, retenu 18 mois dans l'utérus. La femme était enceinte de 4 mois lorsqu'elle fut prise d'une hémorrhagie abondante et de douleurs comme dans l'avortement. Tout cela passa,

[1] *Brit. med. J.*, 16 déc. 1871.
[2] *Annali universali di medicina da Omodei*, vol. LVI, p. 196. Milano, Ottobre 1830.
[3] *Frauenzimmerkrankheiten*, Bd. III, Abth. I, p. 424. Leipzig 1846.
[4] *Medico-chirurg. Review*, janv. 1870, vol. XLV, p. 278.

et, 2 mois plus tard, reparurent l'hémorrhagie et les douleurs. Puis elle n'éprouva rien pendant toute une année, jusqu'à ce qu'enfin elle rendit un placenta déformé par la compression, qui renfermait un fœtus ratatiné de 4 mois. D'après son volume, le placenta devait avoir continué à se développer encore après les premiers signes de l'avortement (*Pacific med. and surg. J.* 1869).

Il n'est pas question de savoir si cette femme était réglée ou non, ce qui est de la plus haute importance; elle a évidemment dû avorter quand elle fut prise d'hémorrhagie abondante et de douleurs à 4 mois de grossesse. Dans le courant de l'année elle a dû avoir une nouvelle conception dont le produit avorta encore au bout de 4 mois et fut expulsé quelque temps après. C'est, du reste, là un fait habituel qu'une femme prédisposée aux avortements n'arrive pas à mener à terme plusieurs grossesses successives et les voie même s'interrompre plusieurs fois de suite vers la même époque.

Un cas de ce genre est rapporté par Schrœder dans les *Beiträge* de Scanzoni[1]. Un œuf ratatiné de 2 ou 3 mois a été expulsé; la femme prétendait l'avoir porté pendant 12 mois dans son sein; mais on ne peut se fier, pour l'établir, à la déclaration d'une femme.

Un autre cas de cette espèce est relaté par Dohrn[2]. Une femme avait eu ses règles pour la dernière fois au milieu de décembre 1859. Au 6e mois elle cessa de sentir les mouvements de l'enfant, et expulsa un fœtus ratatiné le 12 décembre 1860.

Tous les cas dont nous venons de parler sont donc des cas d'avortement interne avec expulsion à terme; dans aucun il n'y a rien qui prouve une *rétention au-delà du terme normal de la gestation.*

Mais abordons la question qui forme le fond de notre sujet. Passons en revue les auteurs qui admettent la rétention fœtale et examinons les observations dans lesquelles ils ont cru reconnaître de véritables grossesses utérines prolongées.

[1] Würzburg, 7e vol., p. 23. 1870.
[2] *Monatssch. f. G.*, t. XVIII, p. 151. 1861.

# CHAPITRE VI.

## RÉTENTION DU FŒTUS MORT DANS LA MATRICE.

### 1. La question en France.

La thèse de Lempereur[1] est le travail le plus récent qui soutienne en France la grossesse utérine prolongée. Il avoue pourtant *qu'elle est loin d'être certaine!*

« En avançant, dit-il, que la grossesse utérine peut, en certains cas, se prolonger des mois et des années, nous émettons une proposition qui soulève de nombreuses objections et paraît en contradiction avec les données scientifiques; toutefois nous espérons l'établir par des faits authentiques et incontestables. *Si ces faits existent*, la question est résolue. De *bonnes* observations répondent à toutes les difficultés et à toutes les impossibilités: *ars tota in observationibus.* »

Le tout est de montrer que les observations sont probantes et qu'elles ne sont pas susceptibles d'une autre explication: ce que nous contestons pour chacune d'entre elles.

« Il est possible, répète Lempereur, que l'utérus, *dans certaines conditions encore indéterminées* et assez rares, conserve un produit de conception au-delà du temps normal de la gestation.

« La rétention de ce fœtus frappé de mort n'est pas nécessairement fatale à la mère, et peut même se concilier avec un état de santé relativement bon.

« Ce produit conservé dans la cavité utérine peut, ou bien subir la macération et une décomposition lente, ou bien se dessécher et se réduire en squelette, ou bien s'enkyster et durcir, *transformation cependant qui n'est pas bien démontrée.* »

[1] *Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel.* Thèse de Paris 1867, p. 81.

C'est à établir ces *trois propositions* que l'auteur consacre une vingtaine de pages que nous allons examiner.

Il invoque d'abord « l'anatomie comparée qui, dit-il, nous fournit des données précieuses auxquelles on nous permettra de prêter quelque développement; car *sans vouloir tirer de conclusions absolues* des animaux à l'homme, les faits que cette étude apporte n'en ont pas moins une grande valeur; ils montrent la *possibilité* du fait, son innocuité relative, ils créent enfin une *présomption* favorable à l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir. *Nous n'aurons pas non plus à leur demander autre chose que de préparer le terrain.* »

Nous ne pouvons que répondre ce que nous avons dit plus haut pour les arguments de Carus. Lempereur cite du reste, sans rien ajouter de nouveau, absolument les mêmes observations que Carus, toutes du siècle dernier, et rapporte celle de Huzard avec détails.

Il passe ensuite à l'espèce humaine, et donne *in extenso* quelques observations publiées comme grossesses utérines prolongées. Il en cite du siècle dernier, « pour donner la preuve que l'idée de grossesse utérine prolongée avait été acceptée par nombre de bons esprits. » Ce sont surtout celles-ci que nous contestons comme *bonnes* observations. Les anciens n'observaient pas bien. On ne trouve chez eux qu'observations incomplètes, avec autopsies nulles ou avec erreurs d'autopsie, dues souvent à leur ignorance absolue de la possibilité des grossesses extra-utérines comme nous avons cherché à le démontrer par l'historique que nous en avons donné plus haut.

Lempereur commence par citer l'observation du D$^{r}$ Oldham[1] que voici :

Obs. XV. — Le D$^{r}$ Oldham fut appelé le 30 juin 1845 auprès d'une dame de quarante-un ans, qui avait eu à peu près vingt fausses-couches. A l'âge de trente-deux ans, nouvelle grossesse, accouchement à sept mois. Quatre ans après, nouvel accouchement à terme. Cette dame se croyait encore enceinte au mois de juin 1845. Elle avait fait appeler son accoucheur le 26 juin, à cause de l'écoule-

[1] *Guy's hospital Reports*, t. V, p. 105-112. 1847.

ment d'une certaine quantité d'eau ; mais celui-ci trouva le col de l'utérus fermé et l'utérus sans contraction. Pendant quatre jours l'état fut le même. Oldham, appelé à cette époque, constata que l'abdomen était le siége d'une douleur diffuse et était distendu comme au neuvième mois de la grossesse. L'utérus formait dans le vagin une tumeur arrondie, à travers laquelle on sentait la tête du fœtus. Le col utérin était raccourci et son orifice permettait la libre entrée du doigt, de sorte qu'on pouvait se mettre directement en rapport avec la tête du fœtus. Pas de fièvre, pas de chaleur anormale ; les seins étaient durs et gonflés, comme au troisième jour après la délivrance, et fournissaient du lait ; le fœtus était mort. Douze jours après, l'auteur fut appelé ; le vagin fournissait depuis huit jours un liquide brunâtre d'une horrible fétidité, et quelques gaz. On sentait à travers les parois abdominales les diverses parties du fœtus ; le col de l'utérus permettait l'introduction de deux doigts, et l'on distinguait les os de la tête qui commençaient à se dissocier. Le seigle ergoté, les frictions sur l'abdomen, ne réussirent pas à réveiller les contractions de l'utérus et à déterminer l'expulsion du fœtus ; le galvanisme et la dilatation mécanique ne réussirent pas davantage. Dans ces circonstances, Oldham fit faire, dans l'intérieur de l'organe utérin, des injections répétées, destinées à entraîner la substance cérébrale en putréfaction. Les jours suivants, on put extraire le placenta avec le cordon ombilical putréfié, puis les os du crâne, tout un bras, plusieurs côtes, une grande partie de la colonne vertébrale et quelques os de l'autre bras. Vers la fin de septembre, l'abdomen était sensible à la pression, et la miction était douloureuse. La tumeur abdominale n'avait plus que le volume d'une orange, était dure, compacte, mieux circonscrite; elle se sentait presque immédiatement derrière les parois abdominales, ce qui fit penser à Oldham que la paroi interne était ulcérée et que les os du fœtus s'étaient échappés dans le petit bassin. Il conclut en même temps, d'après les douleurs vives que la malade éprouvait en urinant, que la vessie était intéressée. La mort eut lieu le 26 septembre, après des vomissements répétés, trois mois environ après l'établissement du travail.

*Autopsie.* — En divisant les parois abdominales sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, on ouvrit un kyste qui renfermait un assez grand nombre d'os, au milieu d'un putrilage épais et brunâtre. Ce kyste était formé en avant par la partie inférieure des parois abdominales et par la vessie ; en haut, par l'intestin grêle et l'épiploon, dont les adhérences étaient extrêmement faibles ; en arrière, par la paroi antérieure de la cavité utérine. L'organe utérin, mesuré en arrière, avait quatre pouces de longueur. Le corps, porté en arrière, était enveloppé par de fausses membranes, et le col était assez large pour admettre le petit doigt.

*Toute la paroi antérieure de l'utérus manquait,* à l'exception de la lèvre antérieure qui complétait l'orifice, par lequel on pénétrait dans l'intérieur du kyste. La vessie était amincie dans un point et la perforation était imminente. L'ovaire gauche était sain; les appendices de l'utérus, du côté droit, étaient soudés intimement, de manière à ne pouvoir être séparés. Les os renfermés dans le kyste étaient ceux d'un fœtus à terme; ils étaient entièrement débarrassés des parties molles, et formaient une espèce de masse ovalaire, dense et compacte.

Lempereur lui-même émet quelque doute quand il dit que « le fœtus était resté enfermé dans l'utérus comme dans un kyste »; « la seule question, ajoute-t-il, est de savoir si le fœtus était *dans la cavité utérine ou en dehors de cette cavité.* » (!)

Nous ne pouvons voir dans ce cas qu'une grossesse extra-utérine abdominale dont le kyste occupait le cul-de-sac péritonéal antérieur et faisait ainsi saillir la voûte vaginale qu'on a prise pour le segment inférieur de l'utérus. La paroi antérieure de l'utérus qui formait la paroi postérieure du kyste s'est probablement ulcérée : de là une communication entre le kyste extra-utérin et l'utérus. Avant de s'ulcérer, cette paroi a dû s'amincir. Cet amincissement de la paroi antérieure de l'utérus, joint à la pression que le kyste exerçait sur le cul-de-sac antérieur aurait suffi pour étirer les lèvres du col d'une multipare et pour les écarter de façon à produire une dilatation de l'orifice à travers lequel on sentit le fœtus séparé du doigt explorateur, d'abord peut-être par la paroi amincie de l'utérus, plus tard et après l'ulcération de la paroi utérine, par la paroi propre du kyste. Quand la communication fut établie entre le kyste et la matrice, les eaux s'écoulèrent et le doigt explorateur pouvait se mettre directement en rapport avec la tête du fœtus qui faisait saillie dans l'utérus à travers l'ouverture produite par la paroi ulcérée de la matrice. Les os du fœtus sortirent ensuite par la même voie, c'est-à-dire que du kyste ils passèrent par l'utérus pour sortir par l'orifice du col dilaté, comme nous l'avons dit plus haut.

Lempereur décrit lui-même cette terminaison de la grossesse *extra-*

*utérine*[1] : « Les débris peuvent se frayer une route par le vagin et sortir par la vulve. En ces circonstances, la perforation du canal vaginal a eu lieu au voisinage des culs-de-sac antérieur et postérieur, ou bien même, *l'utérus s'étant ulcéré, a reçu le produit conçu hors de sa cavité* et lui a livré passage au dehors. » L'utérus n'a pas de cavité, s'il n'y a pas de conception utérine qui le distende; il ne peut donc rien recevoir du dehors, même si sa paroi est ulcérée. S'il peut y avoir communication d'un kyste *extra-utérin* avec la matrice, cela explique la possibilité de l'extraction par les voies génitales de portions fœtales provenant de grossesse extra-utérine.

Ainsi dans l'*Union médicale*, 1855, p. 125 (n° 31 — 15 mars), il est question d'un fœtus extra-utérin dont le squelette a été extrait par la paroi abdominale, mais dont le kyste aurait été en communication avec l'utérus au moyen d'une *trompe hypertrophiée!*

D'ailleurs on a vu plus d'une fois le fœtus extra-utérin se faire jour dans le vagin, et l'on en a extrait plus d'un, même un *vivant*, comme le prouvent les cas de John King (*Med. repository* de New-York) et de Caignou (*Archives de méd.*, t. 21, p. 286, 1829); d'où il est facile de conclure que ceux qui ont cru avoir *extrait* des fœtus *macérés* dans l'utérus même, ont pu avoir eu affaire à une grossesse *extra-utérine.*

Dans la *Gazetta medica italiana* (1858, n° 2) on trouve une observation de grossesse extra-utérine arrivée presque à terme chez une personne contrefaite : il y eut prolapsus d'un bras du fœtus par une *déchirure du vagin;* la femme mourut sans être accouchée. La grossesse avait été confondue *avec une grossesse utérine.*

Les Drs Charelton et Williams ont observé un cas de grossesse *abdominale* dans laquelle le kyste était situé au-devant du vagin et *communiquait avec ce conduit par une large ouverture*, par laquelle une jambe du fœtus s'était fait jour.

Ce concours de signes avait d'abord empêché de reconnaître l'état *anormal* de la gestation (*London medical Gazette*, fév. 1844).

[1] Thèse de Paris 1867, p. 128.

Les *Annales de gynécologie*[1] viennent de publier un cas de grossesse extra-utérine, du Dr Galabin, où l'on a constaté à l'autopsie « une ouverture arrondie faisant communiquer la tumeur kystique avec l'utérus un peu au-dessus du col » (*Obstet. Transact.*, vol. XVII, 1876).

Pourquoi, dans le cas d'Oldham, la vessie s'était-elle amincie et la perforation était-elle imminente ? Il n'y a pas de raison pour que cela se produise dans une grossesse utérine dans laquelle la paroi antérieure de l'utérus se serait ulcérée et où les os se seraient échappés et se seraient enkystés; tandis que cela est très-naturel dans un cas de grossesse extra-utérine abdominale enkystée dans le cul-de-sac péritonéal antérieur. Le fœtus se comporte alors comme un corps étranger que la nature cherche à éliminer par une voie quelconque, par la vessie aussi bien que par la matrice, en en ulcérant la paroi.

La matrice avait 4 pouces (10 centimètres), c'est-à-dire à peu près la longueur normale d'une matrice multipare; car d'après Huschke (*Encyclopédie anatomique*), la longueur de la matrice chez les multipares est de 0m,091; la matrice n'avait donc pas le développement que la présence d'un fœtus dans sa cavité lui aurait demandé. Le centimètre d'augmentation qu'on lui a trouvé s'explique naturellement par le développement sympathique de l'utérus qu'on constate toujours dans la grossesse extra-utérine. Ainsi Aug. Schmitt (*Memorabilien* 1874, voir *Rev. de Hayem*, VIII, 251, 1876) a publié un cas de grossesse abdominale primitive où l'utérus avait même 0m,28 de long sur 0m,23 de diamètre transversal.

Enfin, un point qui vient encore à l'appui de la grossesse extra-utérine, c'est le fait constaté par Oldham, « qu'on sentait à travers les parois abdominales les diverses parties du fœtus »; c'est précisément ce qu'on observe dans la grossesse extra-utérine.

En somme, il n'est donc pas possible de dire qu'on avait là affaire à une *grossesse utérine;* pour nous, c'était au contraire une grossesse extra-utérine manifeste.

[1] *Ann. de Gyn.*, t. VII, p. 314 (avril 1877).

« Burdach, dit Lempereur, a publié, d'après Voigtel, une observation analogue de rétention du fœtus dans la matrice » (!).

« Le Dr Cheston en donne deux autres dans les *Transactions médico-chirurgicales*, t. V, p. 104 à 129[1]. Nous les avons traduites avec tout le soin possible, dit Lempereur : mais *elles ont laissé du doute dans notre esprit.* »

Obs. XVI. — Dans la première, une certaine Cowler, devenue enceinte en 1738, ne put accoucher à terme, malgré de vives douleurs ; elle garda son enfant 52 ans et mourut en 1798. L'autopsie fut faite et les détails en sont fort curieux. Il parut bien que le développement de l'enfant s'était fait dans la cavité utérine, mais ce qui se passa ensuite est obscur. A l'ouverture du corps, on trouva le fœtus *dans un kyste osseux superposé à la matrice*, presque en communication avec elle, et la matrice allongée en une sorte de canal au-dessous. S'était-elle rompue primitivement, ou bien y avait-il eu dilatation progressive de son fond? Il est impossible de le déterminer.

Cette observation relatée aussi par Carus ne prouve rien.

Obs. XVII. — Dans la deuxième, une femme de 25 ans, Jane Hawer, déjà mère, se trouva sur le point d'accoucher dans l'été de 1795, mais le travail n'aboutit pas. Elle avait perdu des eaux sanguinolentes, qui continuèrent à couler par intermittence pendant quinze mois. *Les règles reparurent* en 1799. Redevenue enceinte en 1800, elle ne put accoucher ; il fallut arracher l'enfant avec les crochets ; c'est à la suite de cette opération qu'elle rendit des matières très-fétides avec les os du premier fœtus. L'autopsie ne put être faite.

Les règles reparurent et elle redevint enceinte. Il est évidemment impossible que le premier fœtus se soit trouvé dans l'utérus.

Obs. XVIII. — En 1734, le Dr Bompard[2] publia la relation d'une *grossesse utérine de quinze ans.* — « Dans l'année 1719, la femme d'un boutonnier fut prise soudainement de douleurs pour accoucher ; elles durèrent deux jours. Quand ces douleurs eurent cessé, elle reprit le train de ses affaires. En 1720, huit ou neuf mois après les premières tranchées, la femme en ressentit encore de semblables.

[1] *Histoire d'un enfant retenu dans le sein maternel cinquante-deux ans au-delà du temps ordinaire de la grossesse*, par Richard Brown Cheston, médecin de l'hôpital de Glocester. 1814.

[2] *Journal de Verdun*, juillet 1734.

Le bas-ventre avait conservé à peu près le même volume. Depuis ce temps-là, le volume de son ventre ayant toujours été en diminuant, elle a joui d'une bonne santé pendant quinze ans. Elle mourut enfin le 1er mai 1734. A l'ouverture de l'abdomen, la matrice se présenta comme un sac de 5 pouces de longueur sur 3 d'épaisseur. L'ayant touchée, je sentis, à travers l'épaisseur de ses membranes, un corps étranger avec beaucoup d'inégalités aiguës et raboteuses. J'ouvris la matrice longitudinalement. L'orifice interne avait plus d'un pouce d'épaisseur et était dur comme du cuir. Vers cet orifice, il me tomba dans la main un grand nombre d'épiphyses que je pris d'abord pour des pierres. Ensuite un fémur se présenta nu, sans aucun reste de téguments, de muscles, de périoste, ni d'épiphyses. Remontant vers le fond de la matrice, je trouvai divers os confusément placés, tant des extrémités inférieures que des supérieures... Je conjecture que ce fœtus n'a perdu la vie que vers la fin du 7e mois, tant par la grosseur des os que parce que je trouvai la tête placée dans le fond de la matrice, où ils étaient même adhérents, ce qui me fait conclure que l'enfant n'avait pas encore fait la culbute.«

Obs. XIX. — Le Dr G.-J. Penker fit connaître[1] l'histoire d'une *grossesse utérine qui durait depuis plus de trois ans*.

« Dans l'année 1821, la dame dont il s'agit étant arrivée au terme de sa grossesse, ressentit les premières douleurs de l'accouchement ; on sentait la tête de l'enfant à travers l'orifice du col, qui ne se dilata pas ; ce travail se prolongea six semaines avec des intermittences, puis tout se calma ; la femme reprit ses occupations habituelles ; mais elle ne remarqua plus de mouvements de l'enfant ; *les règles reparurent* au dixième mois. En 1822, l'utérus paraissait avoir perdu sa sensibilité ; en 1823, l'état était resté le même, la dame refusant absolument de se soumettre à un accouchement forcé. — La terminaison de cette singulière gestation ne nous est pas connue. Au mois d'octobre 1822, Penker, en examinant sa malade, avait trouvé l'orifice de l'utérus situé au-dessus de la symphyse du pubis, incliné obliquement à droite, le fond de cet organe à gauche, la paroi postérieure réduite à l'épaisseur d'un double feuillet de papier par la pression que la tête exerçait contre elle, ce qui l'avait fait descendre profondément dans le petit bassin, de sorte qu'elle n'était plus qu'à un pouce et demi de l'entrée du vagin. On distingua très-manifestement, à travers les parois abdominales, le dos et les pieds du fœtus.»

*Il est regrettable*, ajoute Lempereur, *que quelques détails de plus n'aient pas mis davantage le diagnostic en lumière.* Nous avons à faire

[1] *Allgem. medizin. Annal.*, sept. 1824. — *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. IX, p. 124.

la même remarque pour les deux observations précédentes. La première, de 1734, était évidemment une de ces grossesses extra-utérines dont on a pris le kyste pour la matrice. — Dans la deuxième la femme a été menstruée au dixième mois; la grossesse ne pouvait donc pas être utérine. Ce qui doit faire présumer encore une grossesse extra-utérine abdominale, c'est qu'on distinguait très-manifestement, à travers les parois abdominales, le dos et les pieds du fœtus.

Obs. XX [1]. — Le soir du 3 avril 1842, dit le Dr William Jameson, je fus mandé auprès de Mme R..., femme d'environ 30 ans, et mère de quatre enfants vivants, pour une douleur très-vive dans le ventre, qui revenait à des intervalles réguliers, et qui durait cinq minutes d'ordinaire à chaque crise. L'abdomen était développé, et je reconnus l'existence d'une tumeur solide, dure, qui remontait jusqu'à l'ombilic et qui me parut plus molle quand la douleur cessa. J'entendis un souffle placentaire dans la fosse iliaque droite. Je crus à une grossesse et à un accouchement prochain. Mme R... regarda la chose comme impossible, puisque sept semaines auparavant elle était accouchée d'un enfant qu'elle nourrissait; elle refusa de se laisser examiner le vagin; je sus néanmoins que, depuis la seconde partie du jour, elle rendait un peu de sang.

J'étais sorti pour causer au mari, quand on vint me chercher en toute hâte, et j'arrivai pour voir sortir, pendant une douleur, la tête d'un fœtus, qui se présentait avec les membranes intactes; et, dans une seconde douleur, le fœtus, les membranes et le placenta furent expulsés simultanément. La poche contenait un enfant mâle, mort à environ six mois de gestation, dont la peau était ridée et noirâtre.

J'appris alors les détails suivants : quatre accouchements antérieurs n'avaient présenté aucune circonstance extraordinaire et s'étaient terminés en quelques heures. Le dernier enfant était un garçon de sept semaines, que Mme R... nourrissait, et qui était né le 13 février dernier. En l'absence de son médecin ordinaire, elle avait été accouchée par une sage-femme : le travail avait été terminé en quatre heures; le délivre était venu dix minutes environ après la naissance de l'enfant, sans hémorrhagie ultérieure; elle s'était rétablie et avait repris ses occupations habituelles aussi tôt que dans ses premiers accouchements; mais elle avait remarqué que sa taille n'avait pas beaucoup diminué. Sa santé générale avait continué à être bonne, elle avait du lait aussi abondamment que les autres

[1] *Dublin. Journ.*, sept. 1842. — *Archiv.*, série 3, t. XV, p. 365.

fois, et elle avait engraissé pendant l'allaitement. Les règles avaient paru pour la dernière fois à la fin d'avril 1841, et comme elle était accouchée le 13 février, quarante-deux semaines s'étaient donc écoulées entre la dernière époque de la menstruation et la naissance de l'enfant.

Qu'est-ce qui prouve que le premier enfant était à terme? On ne donne ni sa longueur, ni son poids, ni le diamètre bipariétal. Mesurait-il les 51$^{cm}$,2, pesait-il les 3255 grammes, chiffres admis par Schrœder [1] et empruntés aux moyennes obtenues par Hecker? Le diamètre bipariétal avait-il 9$^{cm}$,25? C'était une grossesse gémellaire; or, dans ce cas, d'après M. Stoltz [2], l'expulsion des œufs a ordinairement lieu dans le courant du huitième mois. Il est donc permis de douter que le premier fœtus ait été à terme; il est fort possible qu'il a été expulsé à 8 mois; car, pour dire qu'il était à terme, on s'appuie uniquement sur l'assertion de la femme, disant qu'elle aurait eu sa dernière époque menstruelle neuf mois auparavant, assertion sur laquelle on ne peut jamais compter; tandis que, d'un autre côté, un enfant qui présente tous les signes de la maturité, peut très-bien naître quinze jours avant la fin normale de la grossesse. Il est donc fort probable que le premier fœtus a été expulsé à 8 mois environ, et il n'y a rien d'étrange alors à ne voir que 6 ou 7 semaines après expulser un fœtus, mort depuis 2 à 3 mois. Ce cas n'est donc pas concluant.

Obs. XXI. — *Rétention d'un fœtus et d'une portion du placenta dans la cavité utérine pendant plus de deux ans*, par Shorland [3]. — Jeanne Finney était au huitième mois de sa grossesse, quand, dans les premiers jours de janvier 1828, par suite d'une vive frayeur, elle fut prise des douleurs de l'enfantement; elles s'accrurent pendant les cinq jours suivants; on la saigna; le travail s'arrêta quarante-huit heures, puis reprit, et le 14 au soir elle accoucha d'un enfant mort; il fallut arracher le placenta, et une hémorrhagie abondante s'ensuivit.

Quelque temps après, les mêmes douleurs, tout aussi violentes, reparurent: le ventre était toujours aussi volumineux qu'avant l'accouchement, le médecin y

[1] *Man. d'accouch.*, trad., p. 49.
[2] Art. *Grossesse* du *Dict.*, p. 42.
[3] *London medical and surg. Journ.*, sept. 1832. — *Arch.* II, 3, p. 451.

soupçonnait quelque fragment de placenta oublié, dont il attendait l'expulsion spontanée. Mais les douleurs continuèrent à intervalles rapprochés ; il y avait en même temps un écoulement continuel par le vagin d'un liquide vert foncé et fétide; au bout de cinq ou six mois, une masse volumineuse de tissus s'échappa à travers la vulve; mais douleur et écoulement continuèrent; l'expulsion d'autres masses suivit.

En février 1830, l'utérus était encore dur et développé, son orifice dilaté et bouché par un os large, qui arrêtait le doigt; il fut entraîné par une espèce de débâcle de liquides accumulés dans l'utérus, accumulation qui se faisait toujours *au moment des règles.* Quelques jours après, d'autres débris furent évacués de la même manière. Rien ne parut rester dans l'utérus, dont l'orifice était dur et d'apparence squirrheuse. La malade, fort affaiblie, se rétablit cependant par un régime réparateur, et vers la fin de la même année, elle redevint enceinte. En mars 1831, après un travail naturel de quinze heures, elle accoucha d'un enfant de petites dimensions qui n'était pas à terme et qui vécut douze heures.

Voilà une rétention qui n'était évidemment pas utérine, puisque la femme était réglée. Donc grossesse abdominale et probablement fistule kysto-vaginale qu'on a prise pour l'orifice du col utérin. Si c'est bien l'orifice du col utérin qu'on a trouvé dilaté, cela peut s'expliquer, comme dans le cas d'Oldham, par l'ulcération de la paroi utérine en contact avec le kyste, d'où communication entre le kyste et l'utérus; le kyste se serait vidé de la sorte dans la cavité utérine, et de là dans le vagin, en traversant le col de l'utérus. Quand le kyste fut vidé, la fistule kysto-utérine a dû se refermer et l'utérus fonctionner normalement. La femme redevint enceinte vers la fin de la même année. Cette gestation s'est passée normalement ainsi que la parturition. Or, conçoit-on un utérus qui accouche normalement un an après avoir été atteint d'une lésion qui ne lui aurait pas permis d'expulser un produit retenu depuis 2 ans? Le col, dit-on, comme on se croit toujours obligé de le dire dans ces rétentions, était dur et d'apparence squirrheuse! Et cela aurait disparu un an après? Du reste, pas d'autopsie.

Obs. XXII. — *Rétention d'un fœtus putréfié dans l'utérus pendant un mois.* par le Dr S. H. Harris[1].

Une négresse de 35 ans, qui avait six enfants vivants, fut prise sur la fin de sa grossesse d'une petite perte de sang avec douleurs, qui se prolongèrent durant cinq jours; alors elles s'accrurent tout à coup, le 11 novembre 1836.

Le Dr Harris fit une saignée qui procura un léger amendement. L'orifice utérin était rigide et à peine dilaté; le col formait un canal étroit, long de plus d'un pouce; on put sentir distinctement la tête de l'enfant enveloppée des membranes; mais le placenta était tout à fait hors de portée. Les eaux s'écoulèrent. Pendant les jours qui suivirent, la situation de la malade alla s'aggravant, mais sans que le travail avançât; le col toujours rigide, inextensible; la douleur était incessante, bien qu'elle ne parût pas agir le moins du monde sur le contenu de l'utérus. Le placenta fut éliminé vers le douzième jour, en partie putréfié. Vers le 10 décembre, une petite tumeur se montra au-dessous de l'ombilic; elle fut incisée le 13 et le 14, de manière à permettre l'introduction de la main : la portion antérieure de l'utérus s'était enflammée et avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale; grâce à cette disposition, on put faire l'extraction du corps en pleine décomposition putride, mais il fallut faire pénétrer la main jusque dans la cavité utérine pour briser le crâne et en extraire les fragments. L'opération eut un heureux succès et la malade se rétablit parfaitement.

Nous avons encore ici une grossesse extra-utérine évidente. Qu'est-ce qui prouve que le fœtus ait été dans la matrice? Il n'y a pas eu d'autopsie. L'orifice utérin était rigide, à peine dilaté. On put sentir la tête de l'enfant enveloppée des membranes, est-il dit. C'est évidemment à travers la voûte vaginale qu'on sentait la tête qui plongeait dans le cul-de-sac péritonéal antérieur, mais dans l'abdomen et non dans l'utérus. Du reste, personne n'admet plus aujourd'hui comme utérines ces grossesses qui s'éliminent par l'ombilic.

Lempereur cite deux cas analogues, et encore, ajoute-t-il, n'y trouve-t-on pas d'une manière aussi évidente que le fœtus était resté dans la cavité utérine. Déjà le professeur Muller, dit-il, avait publié un cas semblable dans l'*American Journal*, tome IV, page 512.

En 1833, Kjar, chirurgien dans le Jutland, en communiqua un autre

[1] *The American Journal*, n° 39, mai 1837. — *Arch.* II, 15, p. 233.

à la Société royale de médecine de Copenhague, publié dans le *Journal de Siebold*, 1835, tome XV :

Obs. XXIII. — En 1827, femme de trente-neuf ans, cinquième grossesse; le fœtus resta dans la cavité utérine et s'y putréfia; puis sortit par la paroi abdominale. Le sac dans lequel le fœtus était renfermé était adhérent de toutes parts aux parties environnantes; ses parois présentaient plusieurs points osseux; à sa partie la plus déclive il y avait une espèce d'anneau cartilagineux, très-épais, avec une dépression centrale où l'on observait une fente. Pendant les deux ans que la femme avait porté son enfant, elle avait été réglée.

« Kjar pense que le fœtus était resté dans la cavité utérine; que l'anneau cartilagineux, situé à la partie inférieure du sac, n'était pas autre chose que le col de la matrice, et la dépression qu'on y observait était l'orifice interne de celui-ci. En arrière du sac on ne pouvait rien sentir que la colonne vertébrale. L'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles dépendait de l'état cartilagineux de l'anneau qui avait empêché que la partie inférieure de la matrice se dilatât. »

C'est en tout la description d'une grossesse abdominale dont il n'est pas permis de douter : menstruation après le temps normal de la gestation, kyste paraissant avoir occupé le cul-de-sac péritonéal postérieur. L'auteur n'est du reste pas convaincu lui-même qu'elle ait été utérine.

On lit dans les *Mémoires de l'Académie des sciences de Suède*, t. XXVIII, ann. 1767, l'observation suivante de Daniel Schulz, qui a été reproduite par R. Martin avec des planches :

Obs. XXIV. — «Une paysanne, âgée de quarante-six ans, étant grosse pour la onzième fois, vers la fin de l'année 1756, sentit, au mois de septembre suivant, des douleurs pour accoucher; mais ce fut en vain, car il ne sortit que des eaux sanguinolentes. Elle resta malade jusqu'en janvier 1758, où elle commença à se lever et à remplir les travaux domestiques, sentant cependant de temps en temps des douleurs violentes, surtout du côté droit. En juin 1765, l'écoulement sanguin cessa, mais en août, elle fut prise de rétention d'urine et sentit de fortes douleurs comme pour accoucher, ce qui se termina jusqu'à la fin de l'année par un nouvel écoulement d'une humeur aqueuse et sanguine. Au commencement de 1766, elle sentit

des spasmes violents dans tout le corps. On appela une sage-femme et un chirurgien; ils trouvèrent l'orifice de la matrice fermé. En faisant deux fois par jour, pendant sept semaines, des injections huileuses, ils vinrent à bout de le dilater: ils commencèrent à briser les os dans la matrice et par extraire, avec des membranes et du mucus, une masse dont la situation dans la région du dos avait empêché la sortie des excréments. Au mois de mars et d'avril, on tira en sept fois cent vingt-huit pièces osseuses. La femme, quoique faible, a survécu et elle se portait très-bien l'été suivant. Les débris furent montrés à la Société royale.»

Voilà encore une grossesse extra-utérine manifeste, siégeant sans doute dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Ce qu'on a pris pour l'orifice utérin était probablement une fistule faisant communiquer le kyste avec le vagin. Il n'y a pas de détails prouvant que c'est dans l'utérus qu'était contenu le fœtus. Cette observation est du reste du siècle dernier!

«A ces observations, dit Lempereur, nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres, données par leurs auteurs comme des exemples de *rétention utérine*. Mais *trop souvent*, contents d'avoir affirmé le fait, *ils ont négligé de nous en fournir la preuve* par des détails circonstanciés; ces observations sont donc pour nous comme non avenues; cependant il ne sera peut-être pas sans utilité de grouper ici quelques indications à ce sujet.

L'illustre Harvey, qui avait recueilli tant d'observations justes sur les accouchements, n'hésitait pas à affirmer, d'après ce qu'il avait vu, la possibilité du séjour prolongé du fœtus dans la cavité utérine. Il déclare[1] que le fœtus peut se putréfier, se ramollir, se liquéfier, pour s'échapper ensuite par la vulve, à la façon des flueurs blanches, chez la femme comme chez les animaux. Il avait vu à Londres une femme qui, après un premier avortement, avait conçu de nouveau, puis accouché à terme; ensuite avaient été expulsés divers petits os noircis, résidus de sa fausse couche, entre lesquels il avait reconnu une épine, un fémur, etc.»

[1] *Exercitationes de generatione animalium*. Londres, in-4°, p. 261.

Mais du temps de Harvey on ne savait pas ce que c'était que la grossesse extra-utérine.

« Teichmeyer a vu une femme qui, après avoir rendu des vidanges fétides, garda son fœtus, puis conçut et accoucha d'un enfant vivant, après lequel le premier fœtus seul sortit pourri. »

C'est un cas en tout semblable à celui de Harvey.

« On trouve dans le *Journal d'Allemagne* un certain nombre d'observations sur le même sujet, qui malheureusement laissent à désirer sous beaucoup de rapports.

« Ainsi au tome VI, obs. 9 :

Obs. XXV. — Une veuve de trente-quatre ans, mère de trois enfants, et dont une grossesse n'avait pas abouti pendant l'espace d'une année, rendit par la vulve, tantôt en même temps que ses règles, tantôt isolément, divers os entourés d'une couche de mucus concret, bruns, en partie cariés, et qui exhalaient une odeur insupportable. On y reconnaissait facilement des os du fœtus: cubitus, fémur, phalanges, etc. L'auteur les vit, les examina ; il en attribua avec raison l'origine à une conception antérieure dont le produit se serait putréfié, les os seuls échappant à la destruction grâce à leur dureté.

« Nous acceptons le fait pour vrai dans tous ses détails, mais le *diagnostic manque de précision;* rien ne nous dit que ce n'étaient pas là les *débris d'une grossesse extra-utérine* qui se seraient fait jour à travers la paroi vaginale perforée; l'indication de concomitance avec les règles est insuffisante.

« Au tome V, page 327, nous recueillons un détail curieux, mais dont nous ne nous portons pas garant : après l'expulsion des diverses parties d'un fœtus, la tête resta dans l'utérus pendant sept ans et sortit ensuite spontanément.

« Au tome II, obs. 256, fœtus putréfié dans l'utérus, puis expulsé au moyen de vins médicamenteux.

« Au tome VI, page 77, divers cas de même nature.

« Au tome XXIII, obs. 31, un cas d'expulsion de débris en plusieurs fois.

« Il y a, dans l'ouvrage de Rousset sur l'*opération césarienne*, plusieurs observations qu'on pourrait justement rapprocher de celles-ci; mais des affirmations ne suffisent pas, et la *démonstration positive de la rétention dans l'utérus manque presque toujours.* L'observation qu'il donne, d'après Félix Plater, est cependant meilleure, mais elle soulève encore des objections.

« Et ainsi de bien d'autres. Nous ne serions pas éloigné, dit Lempereur, d'accepter pour vraie et bien fondée l'observation de Mühlbeck concernant le séjour d'un fœtus ossifié quinze ans dans l'utérus. Quant à l'observation d'Albosius, elle demanderait plus de détails. »

Où sont les faits authentiques et incontestables, où sont les bonnes observations invoquées par l'auteur en tête de ce chapitre? Pas une des observations rapportées par Lempereur ne saurait plus résister à un examen sérieux dans l'état actuel de la science anatomo-pathologique. Lempereur nous étonne de croire à l'observation de Mühlbeck. Comment peut-on admettre qu'une matrice puisse conserver un fœtus ossifié pendant quinze ans!

### 2. Examen de la question au point de vue de l'anatomie pathologique.

« Quand le séjour du fœtus mort se prolonge dans la cavité utérine, il subit, dit Lempereur, des altérations variées :

« 1° Macération, dissociation lente de ses parties, expulsion de tous les débris sortant de la matrice, soit avec le sang menstruel, soit pendant une grossesse et une parturition subséquentes[1]. Les observations de Harvey, Teichmeyer, Shorland et autres, rapportées plus haut, le démontrent.

« 2° Putréfaction, décomposition putride, si l'air a eu accès dans l'utérus : exemples cités plus haut et celui du docteur Harris.

[1] Ici cependant il importe de ne point prendre le change et de ne pas considérer tous débris expulsés dans ces conditions comme résidus d'une gestation ancienne, car ils pourraient provenir d'une grossesse gémellaire.

« 3° Dessèchement, squelettisation. Ce fait que le fœtus puisse être c nsommé dans l'intérieur de la matrice jusqu'au point que les os seuls en restent, est accepté depuis longtemps. Carus a cité plusieurs cas de ce genre[1]. Avant lui, d'autres en avaient rassemblé des exemples; ainsi Marcellus Donatus[2], Georg Nymman[3], Schenck[4], etc.[5] »

Il y joint des cas de squelettisation où il avoue que le *siége précis* du fœtus est trop souvent laissé dans le *vague*, et qu'on peut supposer des cas de grossesses *extra-utérines*.

En effet, Lempereur ne cite rien que des cas de grossesses extra-utérines qu'il dit avoir été utérines, ce qui ne peut être cru. Donc il n'a parlé que des altérations que le fœtus éprouve dans la grossesse extra-utérine. La meilleure preuve, c'est que jamais le fœtus ne se squelettifie à proprement parler dans l'utérus; il se ratatine, se dessèche, et cela seulement pour un fœtus gémellaire, jamais pour un fœtus unique.

« 4° Ossification, pétrification. Cette altération, *si elle existe*, est tellement rare qu'on n'en cite que deux exemples, celui d'Albosius et celui de Mühlbeck. Ces deux observateurs, après autopsie, affirment que cette transformation du fœtus s'était bien effectuée dans l'intérieur de la matrice, dont ils décrivent l'état à cette période. Morand, au dernier siècle, n'élevait aucun doute à ce sujet; voici comment il s'en explique:

« L'enveloppe, dit-il, peut être formée ou de la matrice même ou des enveloppes du fœtus; si c'est la matrice, il est très-possible que la dilatation forcée qu'elle a éprouvée bien au-delà du terme de l'accouchement la rende susceptible de devenir cartilagineuse et même osseuse : ces changements dans sa consistance peuvent être regardés comme la suite de l'oblitération de quelques vaisseaux et de la différence d'organisation arrivée dans les autres ; la matrice dans laquelle fut trouvé le fœtus de Sens était dans ce cas: elle était dure et comme testacée. »

[1] *Zur Lehre von Schwangerschaft*, t. II, p. 18.
[2] Marcellus Donatus, *de medic. Histor. mirab.*, liv. IV, ch. XXII.
[3] G. Nymman, *de Vita fœtus in utero.*
[4] Schenck, *Obs. nat. med.*, liv. IV.
[5] Voir encore la dissertation déjà citée.

De nos jours Cruveilhier[1] a émis, non sans raison, des objections à ce sujet ; il refuse d'admettre cette dégénérescence de l'utérus, et dit :

« Le siége précis des kystes contenant un fœtus pétrifié n'est pas en général exposé avec des détails assez circonstanciés pour qu'on puisse l'établir d'une manière positive ; mais l'analogie nous dit assez que ce siége doit être celui de toutes les grossesses extra-utérines.

« Je crois pouvoir dire que les fœtus pétrifiés n'occupent *jamais la cavité utérine*, bien que dans plusieurs observations ce siége soit indiqué d'une manière très-explicite. » Nous partageons complétement l'avis de Cruveilhier et nous ne croyons pas que jamais fœtus pétrifié ait été trouvé dans l'utérus.

«Il est d'ailleurs possible, continue Cruveilhier, qu'on ait considéré comme appartenant à la cavité utérine, des kystes développés dans la portion de trompe qui traverse les parois de l'utérus ; et encore je ne saurais admettre ce dernier siége d'après les considérations suivantes :

« De quelle nature, en effet, sont les kystes contenant des fœtus momifiés ? Ils sont fibreux, cartilagineux, osseux. Or, des kystes de cette nature ne peuvent pas être formés par le tissu même de l'utérus : il est en effet démontré que la présence d'un corps étranger dans l'épaisseur des parois de l'utérus, et à plus forte raison dans la cavité utérine, a constamment pour résultat, non la conversion du tissu de l'utérus en kyste fibreux, cartilagineux et osseux, mais bien sa transformation en un tissu d'apparence musculaire et doué, comme les muscles, de contractilité.

« Que si l'on m'objecte que la présence permanente du fœtus pétrifié doit à la longue faire succéder à cette mollesse et à cette suractivité du tissu de l'utérus, la transformation fibreuse, je répondrai par les cas de tumeurs fibreuses pétrifiées, qui existent depuis de longues années dans le tissu de l'utérus, sans que ce tissu ait rien perdu de sa mollesse et de son aptitude à la contractilité. Or toutes les observations mention-

[1] *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, p. 568. Paris 1856.

nent expressément la densité et la structure fibreuse, cartilagineuse, osseuse, des kystes où ont séjourné des fœtus momifiés. »

Nous nous rangeons complétement à l'avis du célèbre anatomo-pathologiste, et cette manière de voir fait tomber dans le néant toutes les observations invoquées par Lempereur.

Lempereur continue et parle 5° de la *Saponification du fœtus* en disant que Duplay, dans son résumé d'Obstétrique (*Répertoire des études médicales*), admet la conversion du fœtus en une substance analogue au gras de cadavre et sa conservation dans l'utérus jusqu'à l'époque de la mort naturelle de la mère. Lempereur avoue qu'il ne connaît aucun fait de cette nature, ce qui n'est pas étonnant, et nous croyons pouvoir affirmer que cela ne s'est jamais rencontré.

« Si, au lieu d'un fœtus, c'est un produit de conception dégénéré, une môle, un placenta qui séjournent dans l'utérus, on a observé aussi des phénomènes analogues à ceux que nous connaissons.

« A la suite d'un accouchement régulier, le délivre sort après un court intervalle, sinon il se putréfie, se détache par lambeaux et sort avec les lochies si la femme ne succombe pas auparavant.

« Après un avortement, le placenta reste souvent dans l'utérus des semaines, des mois entiers. Stein et Ducasse ont prétendu en avoir trouvé de parfaitement frais après un séjour de plusieurs semaines, ce qui ne s'explique que par un commencement d'organisation et une sorte d'assimilation avec les produits morbides de l'économie: polypes, corps fibreux, etc.

« Mais si tous les liens circulatoires sont rompus, que se passe-t-il ?

« Le placenta subit-il cette altération singulière qui consiste dans un *dessèchement*, un *racornissement* de cette masse spongieuse, et, réduit à un petit volume semblable à un morceau de cuir, sera-t-il expulsé plus tard, soit seul, soit, comme on en a eu des exemples, avec le produit d'une nouvelle grossesse ? » (Desormeaux et Dubois.) « Nous avons vu dans plusieurs des observations précédentes des placentas *desséchés* accompagnant des fœtus morts ; quoi de plus logique d'admettre le même

état, alors que l'enfant n'est plus dans la matrice. Les conditions extérieures sont restées les mêmes. Parmi ces délivres restés longtemps dans la même cavité, on a cru en rencontrer de *cartilagineux.* »

Pour le fœtus nous avons prouvé qu'il ne pouvait rester dans la matrice au-delà du terme. Il serait impossible de citer des exemples d'annexes restées plus longtemps que le terme ordinaire de la grossesse, alors que le fœtus était sorti. Jamais le placenta ne s'est desséché ; il se ratatine; et ceux qui croient qu'il peut rester, contracter des adhérences et se développer, ont encore à en donner des preuves, attendu que les suppositions ne suffisent pas pour contenter l'esprit. Mais si le placenta reste longtemps, on peut être sûr qu'il n'y a ni racornissement ni dessèchement. Il se développerait s'il pouvait rester ; et c'est là ce que nous contestons.

« Rideux, 1735 (*Acad. des sc.*), a cité la veuve d'un marchand de laines de Montpellier, qui à 77 ans accoucha d'une môle (racornie, d'un blanc gris et luisant, ressemblant assez bien à l'intérieur par la couleur à des cartilages de veau bouillis, extérieurement offrant une surface velue et rougeâtre). On faisait remonter l'origine de cette môle prétendue à vingt-trois ans auparavant ; *si le fait est vrai*, ajoute Lempereur, il faut convenir que la relation en est bien incomplète et la description obscure.

« Ambr. Paré a donné l'observation de la femme d'un potier d'étain qui porta une môle dix-sept ans.

« Dodoneus en a cité une gardée pendant quinze ans (p. 119).

« De Graaf, une pendant vingt-cinq ans.

« On peut lire dans les ouvrages de Schenckius et d'Horstius quelques autres exemples semblables. »

De tout cela rien n'est prouvé, et nous ne nous laissons pas payer de mots. Ainsi cette histoire de Rideux est un conte. Le fait ne peut pas être vrai. Quant aux observations des anciens, ce sont des histoires ridicules et sans valeur (A. Paré, Dodoneus, de Graaf). Il n'est pas même permis de douter de ces faits; on les nie.

Toutes les altérations du fœtus que Lempereur décrit en les attribuant à des rétentions utérines, ne sont autres que celles qu'on rencontre dans les grossesses extra-utérines ; et les preuves qu'il donne à ce propos pour démontrer que leur siége est dans la matrice, ne sont nullement concluantes, moins vraisemblables même que les observations par lesquelles il a cru prouver l'existence des grossesses utérines prolongées. Or, de ces observations, il n'en est pas une qui prouve sa thèse. Il n'est donc pas permis de croire aux rétentions du fœtus dans la matrice, d'après la thèse de Lempereur, tant que de nouvelles observations bien faites, donnant des détails plus circonstanciés et rapportant des faits moins contestables, n'auront pas prouvé leur existence.

### 3. La question en Allemagne.

En 1821, Praël[1] a publié un cas, dans lequel la mère, après 28 ans de rétention, succomba aux suites de la suppuration ultérieure d'un fœtus qui se serait trouvé dans l'utérus. La thèse de Praël est un des travaux les plus récents, dans lesquels on soutient que le fœtus *peut être retenu dans la matrice pendant des années.* L'auteur commence par citer le cas suivant :

Obs. XVI. — *Histoire de la femme qui doit avoir conservé dans la matrice un enfant de sept mois pendant vingt-huit ans et qui mourut dans sa 68e année.* — Accouchée heureusement une première fois, elle était redevenue enceinte deux ans après, en 1790, lorsqu'elle perdit son premier enfant et tomba par suite dans un état de lypémanie qui dura deux ans, parce qu'elle croyait être la cause de cette mort. Elle prit beaucoup de remèdes et se remit enfin. Dans cet état de perturbation de la santé, la grossesse n'ayant pas continué de progresser, le volume du ventre resta le même.

Au bout de quelques années, lorsque la femme et les médecins ne crurent plus à une grossesse parce que les mouvements du fœtus n'avaient jamais été perçus,

[1] *De fetu duodetriginta annos in utero detento.* Dissert. inaug. Gœttingen 1821.

on prescrivit une foule de médicaments dans le but de dissoudre la tumeur du ventre. Ces remèdes provoquaient des menstruations abondantes et même des hémorrhagies. Peu à peu, à l'approche des années climatériques, ces pertes ne se reproduisirent plus. A partir de ce moment, on ne s'occupa plus de la tumeur du ventre; on la considéra en connexion avec le côlon ascendant parce qu'elle se rapprocha de plus en plus de ce côté des lombes et que la femme était souvent sujette à des obstructions.

Dans les premiers jours de novembre 1818, la femme fut prise de fièvre violente accompagnée de coliques ou de douleurs surtout vers la *région sacrée*. Il y avait en même temps constipation; on prescrivit du calomel avec de l'extrait de jusquiame. Cette poudre n'ayant produit aucun effet, on ordonna un lavement. Au moment où on allait l'administrer, la malade s'écria que le lavement n'était plus nécessaire, qu'elle venait d'avoir une selle.

En examinant le lit, on découvrit qu'il n'était parti qu'une grande quantité de matière ichoreuse. On changea de linge et à chaque instant celui-ci était de nouveau imprégné. Le lendemain, la fièvre, la douleur de la région sacrée, la tension du ventre avaient disparu. Ni la malade, ni les personnes qui l'assistaient ne pouvaient dire si la matière ichoreuse s'était fait jour par l'anus ou par le vagin jusqu'à ce qu'une exploration soigneuse fit supposer qu'elle sortait du vagin. La sanie était entremêlée de petits rudiments osseux (*parvulis ossium rudimentis*). Cependant la fièvre persista, prit le caractère de fièvre hectique; la malade commença à tousser, et le 3 février 1819 (trois mois après les premiers symptômes d'élémination) elle succomba.

L'*autopsie* fut entreprise. Comme aucune maladie n'avait été constatée ailleurs que dans le ventre, on se borna à l'ouverture de l'abdomen. On trouva immédiatement, outre un grand nombre d'adhérences (*stricturas*) sur tout le trajet du côlon (il n'est pas dit si c'est au côlon ascendant *seulement*), la tumeur en question, que la malade avait portée vingt-huit ans et plus, et *qu'on reconnut être la matrice.* (!)

On enleva avec tout le soin possible (autant que cela peut se faire dans la pratique civile) tout l'appareil génital, pour l'examiner ultérieurement.

Le *vagin* contenait encore de cette matière ichoreuse qui s'était écoulée pendant la vie, et qui était entremêlée de parcelles osseuses. Du reste il *était sain*. Le museau de tanche semblait être atteint d'induration squirrheuse; il était dur (*duriusculum*), presque ligamenteux, et parut seulement ouvert pour laisser passer à peine un tuyau de plume. Le col lui-même était induré de même et raccourci (*brevior*). Antérieurement et à gauche du corps se trouvait un stéatôme, tumeur fibreuse du volume du poing ; postérieurement et à droite, une autre tumeur

un peu plus petite; une troisième enfin, la plus petite, à la partie postérieure et plus profondément. Ces tumeurs étaient remplies de *pelotes de poils* (*glomeribus pilosis plena erant*). Les ovaires et les trompes de chaque côté furent trouvés atrophiés (*parvulis rudimentis corrugata*).

L'utérus lui-même avait le volume de la tête d'un enfant de trois ans. Le fond, d'une dureté cartilagineuse, était blanc comme un cartilage et mince au point d'être transparent.

On ne put découvrir aucune ouverture anormale dans la substance utérine; dans sa cavité, qui ne put être ouverte qu'avec peine, à cause de la dureté des parois, on trouva encore une grande quantité de sanie au milieu de laquelle se rencontrèrent beaucoup de rudiments osseux, depuis la grandeur d'un pois jusqu'à celle du pariétal. Les uns étaient isolés, les autres encore réunis, le plus grand nombre formaient une masse ressemblant à la forme extérieure d'un cerveau de fœtus. Les hémisphères étaient distincts, on croyait apercevoir la grande scissure. Cette masse différait cependant de la substance cérébrale en ce que la couche extérieure était *blanche* et l'intérieure *grise*. Dans les hémisphères on distinguait les ventricules latéraux, mais on n'y distinguait ni os de la face, ni aucune autre partie parmi les débris des os de la tête. On ne put non plus distinguer aucune partie des membranes; seulement, aux environs de l'orifice, on remarquait des parties qui ressemblaient à des membranes; le corps reconnu pour le cerveau était adhérent au fond de l'utérus uni à sa substance cartilagineuse.

La grandeur des pariétaux fit penser que le fœtus avait atteint le septième mois quand il est mort, quoique la femme n'en eût jamais senti les mouvements. D'ailleurs beaucoup de femmes disent n'avoir jamais senti les mouvements de l'enfant.

Pourquoi le fœtus est-il resté si longtemps renfermé dans l'utérus? se demande Praël.

Le fœtus ne peut être retenu que par deux causes, dit-il : l'asthénie de la matrice, ajoutée à un empêchement provenant de la résistance mécanique (*impedimento quodam mechanico*) à l'orifice utérin. Or, ces deux causes ont évidemment existé dans notre cas.

Personne n'ignore combien une constitution infirme, et en particulier l'asthénie de la matrice, peut prolonger la grossesse (ou retarder l'accouchement), combien surtout les soucis, la terreur, les affections de

l'âme débilitent l'utérus. Chez notre femme, ces causes ont agi profondément, et ont amené la lypémanie.

En outre, à l'autopsie, l'utérus a été trouvé tout à fait cartilagineux et l'orifice induré et squirrheux; il en est résulté que les contractions du fond n'ont pu vaincre la résistance du col.

En fin de compte, dit l'auteur, les *trois tumeurs stéatomateuses* de l'utérus ont puissamment contribué à l'inertie utérine, car elles n'ont pas agi mécaniquement.

Une deuxième question peut être posée, celle de savoir si on aurait pu *débarrasser la femme* de son enfant.

Je réponds affirmativement (*aiens*), dit l'auteur, si sa position avait été *connue.*

La femme était dans d'assez bonnes conditions pour qu'on eût pu la délivrer par les voies naturelles. Il indique les moyens à employer. Tout cela serait très-bien *si on avait su* que le fœtus était dans l'utérus! Aujourd'hui on peut le savoir positivement par le cathétérisme utérin.

L'observation de Praël n'est nullement concluante; elle est imparfaite. Rien ne prouve que le fœtus ait été dans l'utérus. L'état cartilagineux de la matrice est suspect. Les trois tumeurs fibreuses existaient-elles au moment de la fécondation? Cela n'est pas probable; elles se seront formées après.

Tout s'est passé comme dans une grossesse extra-utérine.

Est-ce qu'un utérus qui, deux ans auparavant, a fait une couche normale peut, en deux ans, dégénérer et devenir cartilagineux au point de ne plus pouvoir expulser le produit de la conception?

La prétendue matrice cartilagineuse ne pouvait être autre chose que le kyste fœtal extra-utérin. L'écoulement vaginal qui eut lieu, a dû sortir non de l'orifice du col de la matrice, mais d'une fistule qui s'est établie entre le kyste fœtal extra-utérin et le vagin.

Les autres observations citées par Praël sont celles des siècles passés, dont nous avons parlé plus haut et dont nous avons contesté la valeur.

Aujourd'hui encore, Schrœder, professeur à Berlin, admet dans son *Manuel d'accouchement*, devenu classique en Allemagne, que le fœtus mort peut, dans des cas exceptionnels, être retenu si longtemps dans l'utérus, que la gestation dépasse le terme normal de la durée de la grossesse ou même peut rester indéfiniment dans l'utérus. Dans sa nouvelle édition[1] pourtant, il insiste beaucoup moins sur cette question et lui consacre bien moins de pages.

« Dans des cas tout à fait exceptionnels, le fœtus reste dans l'utérus *pour toute la durée de la vie*, dit Schrœder, et y subit alors, s'il s'écoule un long temps avant la mort de la femme, une transformation en une sorte de lithopædion, phénomène qui est plus fréquent chez les vaches et les brebis.

« Dans le cas observé par Menzies, qui se compliquait d'un carcinôme du col, le fœtus fut trouvé bien conservé, lorsque la mère mourut de péritonite subaiguë au dix-septième mois de sa grossesse. (Nous le rapporterons plus loin.) Mais dans une série d'autres cas[2] il était complétement ratatiné. Ainsi, Albosius trouva à l'autopsie (du cas raconté par Bartholin et rapporté plus haut), dans (ce qu'il prit pour) l'utérus d'une femme qui avait été enceinte 28 ans avant, sans être redevenue enceinte depuis, un lithopædion. Camerarius trouva un œuf ossifié (crétacé) du poids de 8 livres, avec un fœtus desséché, dans (ce qu'il a pris pour) l'utérus d'une femme de 94 ans. »

Ce cas, sur lequel Van Swieten a disserté plus tard, *est le même que celui du fœtus de Leinzell*, dont Schrœder[3] parle à propos de la terminaison des grossesses extra-utérines, comme si c'était un cas différent de celui de Camerarius : « L'enfant de pierre de Leinzell, qui fut trouvé en 1720 sur le cadavre d'une femme de 94 ans, qui l'avait porté 46 ans, est le même, dit-il, qui a été récemment décrit de nouveau

[1] *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 5. Aufl., p. 445. Bonn 1877.
[2] Voy. Voigtel, *Handb. d. path. Anat.*, III, p. 519.
[3] *Manuel d'accouch.*, trad., p. 381.

dans la thèse inaugurale de Kieser: *Das Steinkind von Leinzell*, Stuttgart, 1854.»

Le cas de Camerarius est donc évidemment placé par erreur, par Schrœder, au milieu des cas de rétentions utérines, puisque Schrœder lui-même (p. 381) le regarde comme extra-utérin. Lempereur[1] le range également parmi les grossesses extra-utérines. Personne ne regarde plus cette rétention comme utérine.

Schrœder signale deux cas semblables que nous avons rapportés plus haut et qui ont été observés, l'un par Mühlbeck, où l'on trouva, chez une femme enceinte depuis quatorze ans, le fœtus situé *dans la matrice indurée, racorni et ratatiné;* l'autre par Caldwell, dans lequel on trouva, dans l'utérus d'une femme de quarante ans, un fœtus intimement uni à cet organe et qui s'était ossifié avec lui.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit plus haut des cas de Bartholin, de Mühlbeck et de Caldwell.

«Si le fœtus retenu dans l'utérus est assez volumineux, assez âgé, dit Schrœder[2], d'habitude il suppure (*vereitert*) ou se putréfie, les parties molles putréfiées et les os sont alors expulsés, mais quelquefois cela ne se fait que plus tard. Ainsi Voigtel[3] a cité un cas de Schulz, dans lequel, après une *grossesse de neuf années*, 128 os fœtaux sortirent l'un après l'autre par l'orifice de la matrice.» Nous avons rapporté et discuté ce cas plus haut.

Il est étonnant qu'un auteur aussi moderne et aussi recherché puisse avancer une hérésie semblable et ajouter foi à des histoires aussi incroyables que celles qu'il avance.

Ulrich raconte[4] l'histoire d'une femme qui, vers la fin de sa grossesse, rendit par le vagin des morceaux de placenta et plus tard aussi

[1] Thèse de Paris 1867, p. 137.
[2] *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 5. Aufl., p. 445. Bonn 1877.
[3] *Handb. d. patholog. Anatomie*, III, p. 519.
[4] *Monatssch. f. Geburtsk.*, vol. X, p. 173. 1857.

des os. Deux ans après la conception elle rendit des os par l'anus, et à sa mort, qui fut la suite d'une phthisie pulmonaire, on trouva une *communication entre l'utérus et l'intestin grêle*. Voici ce cas :

Obs. XXVII. — La femme Richter est accouchée de quatre enfants vivants; le dernier est né en 1851. Depuis le milieu de mai 1854 elle se croyait de nouveau enceinte, parce que à ce moment elle avait eu sa dernière menstruation. Le 2 octobre, elle fit une chute. Quelques jours après, elle eut des frissons qui durèrent huit jours. Son ventre augmenta d'une façon frappante.

Le 15 octobre, métrorrhagie considérable précédée d'une évacuation d'eau. Quelques douleurs faibles ressemblant aux douleurs d'enfantement. On trouva une ascite si développée, que le fond de l'utérus n'était pas perceptible. Le col était facile à atteindre, de longueur ordinaire, assez dur, et l'orifice utérin entr'-ouvert comme un dé. A travers la voûte vaginale on ne pouvait pas distinguer de parties fœtales. Après quatre semaines elle put reprendre ses occupations domestiques. On pouvait percevoir distinctement la tête de l'enfant un peu au-dessus de l'ombilic à travers les parois abdominales relâchées. Au milieu de décembre il se fit un écoulement abondant d'un liquide purulent par les parties génitales. En février on me montra plusieurs morceaux qui étaient partis avec la matière purulente, et que je reconnus distinctement pour des morceaux de placenta ! Le 27 mars il partit un os fœtal, que suivirent plusieurs autres les jours suivants; depuis juin il ne se montra plus d'os. Néanmoins il y avait encore dans l'utérus des os qu'on pouvait sentir aussi bien extérieurement avec la main qu'intérieurement par l'introduction de la sonde utérine. J'essayai à plusieurs reprises de dilater l'orifice utérin par l'introduction d'éponge préparée, afin de pouvoir extraire les os qui se trouvaient encore dans l'utérus; je ne réussis pourtant pas à obtenir une dilatation suffisante. Le 28 janvier 1856, forte fièvre, douleurs violentes dans la région iliaque gauche, où l'on sentit un gonflement douloureux. Huit jours après il s'évacua une grande quantité de pus par l'anus. Le gonflement disparut, la fièvre et les douleurs cessèrent, après plusieurs nouvelles évacuations de pus par l'anus. Le 28 mai, plusieurs os fœtaux furent éliminés par l'anus. Ces évacuations se renouvelèrent et les derniers os qui apparurent étaient réduits en petits fragments, dont quelques-uns étaient petits comme des grains de sable. Le 24 juin 1856 la femme revit pour la première fois ses menstrues, qui coulèrent quatre jours et revinrent à intervalles réguliers. Le départ d'os et de pus par l'anus cessa, mais il reparut un écoulement purulent par le vagin.

En janvier 1857, il n'y avait rien d'anormal à constater au col, pas d'écoulement utérin. La malade mourut tuberculeuse.

*Autopsie.* — Au fond de la matrice normalement involuée adhéraient deux anses de l'intestin grêle. L'antérieure adhérait si fort à la paroi abdominale antérieure qu'on ne pouvait l'en séparer. Après qu'on eut ouvert l'intestin, il s'y présenta plusieurs os des extrémités fœtales, qui étaient enclavés dans les parois, et par l'introduction d'une sonde on constata une communication directe entre l'intestin grêle et l'utérus. La deuxième anse adhérente de l'intestin grêle ne communiquait pas. La cavité utérine était vide; l'orifice externe ouvert. Pas d'adhérence du rectum avec la matrice. Les os fœtaux éliminés pendant la vie étaient donc entrés de l'utérus dans l'intestin grêle et avaient dû traverser une grande partie du tractus intestinal. Ce qu'il y a d'étonnant, c'est qu'il n'y ait pas eu en même temps issue du contenu des intestins dans la cavité utérine et élimination par le vagin.

Cette évacuation de l'utérus d'une façon aussi insolite ne peut s'expliquer qu'en admettant qu'à l'époque où l'avortement se prépara à la suite de la chute, l'orifice interne de l'utérus était fermé par un obstacle que les forces expulsives ne pouvaient pas vaincre, et il n'est peut-être pas impossible de chercher cet obstacle dans un placenta prævia; la métrorrhagie considérable à l'arrivée des premières douleurs, ainsi que le départ du placenta avant l'expulsion d'autres parties fœtales, me paraissent du moins parler en faveur de cette supposition.

Un plus long séjour du fœtus dans l'utérus aurait engendré une endo-périmétrite, une adhérence avec l'intestin et peu après une rupture du tissu utérin.

Ce cas n'est autre chose suivant nous qu'une grossesse extra-utérine. Au mois d'octobre, quand la femme fit une chute et qu'elle eut des frissons, a dû se faire l'avortement interne. Les accidents qu'elle éprouva à ce moment sont les phénomènes ordinaires des grossesses extra-utérines. Le col, dit Ulrich, était de longueur ordinaire, assez dur, et l'orifice entr'ouvert comme un dé : ce sont là les caractères du col d'un utérus de multipare, mais à l'état de vacuité. Un des premiers signes de la grossesse utérine est le ramollissement du col. On pouvait percevoir distinctement la tête à travers les parois abdominales : ce qui est beaucoup plus facile dans la grossesse extra-utérine que dans la grossesse utérine. En décembre il y eut un écoulement purulent par les voies

génitales, probablement par une fistule kysto-vaginale, s'il est bien sûr que ce n'était pas par l'anus, comme ce qui partit plus tard.

Il est dit qu'on pouvait sentir les os intérieurement par l'introduction de la sonde utérine. Mais est-on bien sûr d'avoir pénétré par l'orifice du col? n'est-on pas entré dans l'orifice fistuleux d'un kyste extra-utérin ouvert dans le vagin? Ce qui peut très-bien se faire quand on introduit la sonde sans appliquer le spéculum. Ainsi Duboué [1], ancien interne des hôpitaux de Paris, raconte que dans une grossesse extra-utérine il voulut sonder l'utérus; mais quand la sonde fut introduite dans le col, elle perfora le bord droit du corps de la matrice et pénétra sans violence dans l'intérieur du kyste extra-utérin, si bien que cette exploration lui fit croire que la grossesse était utérine. Une autre erreur fut commise par Depaul [2] : voulant sonder l'utérus dans une grossesse extra-utérine, il crut faire pénétrer le cathéter dans l'orifice du col; mais l'autopsie lui montra que c'était en vain qu'on cherchait à franchir l'orifice interne avec une sonde cannelée ; cet orifice était oblitéré. C'est sur la lèvre antérieure qu'il trouva un orifice du volume d'une plume de corbeau, et une sonde cannelée, introduite dans cette ouverture, pénétrait jusqu'à la cavité utérine. C'est par là que le cathéter utérin avait pénétré. De pareilles méprises doivent donc être possibles.

Le pus et les os fœtaux qui s'éliminèrent, dans le cas d'Ulrich, par l'anus, provenaient pour nous du kyste fœtal extra-utérin mis en communication par une fistule avec l'intestin. Mais jamais on n'a vu une fistule s'établir entre l'utérus et l'intestin. La femme fut, du reste, de nouveau menstruée, ce qui est impossible pendant que l'utérus est en état de gestation. Comment peut-on concevoir l'exfoliation de la muqueuse utérine qui donne lieu à l'hémorrhagie menstruelle tant que les membranes de l'œuf (chorion et caduque) font corps avec la face interne de la paroi de l'utérus?

« La matrice était normalement involuée. » Aurait-elle pu être dans

[1] *Archives de Tocologie*, 1re année, p. 642 (nov. 1874).

[2] *Arch. de Tocologie*, 1re année, p. 24 (janv. 1874).

cet état si elle avait renfermé les restes d'un fœtus? « La cavité utérine était vide. » Mais si le kyste, utérin d'après l'auteur, extra-utérin d'après nous, était vide au moment de l'autopsie, on pouvait d'autant plus facilement se méprendre sur sa nature. « L'orifice externe de l'utérus était ouvert. » Mais alors il est évident que les os fœtaux n'auraient pas été ulcérer la partie postérieure de la matrice pour entrer dans l'intestin ; ils seraient sortis par l'orifice externe de la matrice, si ces os avaient été contenus dans l'utérus. L'auteur lui-même trouve du reste étonnant qu'ils n'aient pas été éliminés par cette voie, et en cherche la cause dans un placenta prævia, qui aurait formé obstacle à l'orifice interne, empêchant ainsi l'expulsion du fœtus. Le séjour prolongé du fœtus dans la matrice aurait alors été la cause de l'endo- et de la périmétrite, et médiatement du ramollissement du tissu utérin et de sa rupture dans l'intestin soudé à l'utérus.

Cette explication ne satisfait pas plus Liebman[1] que nous. D'après lui, ce cas est susceptible d'une toute autre explication. L'hémorrhagie et l'élimination du placenta avant les os fœtaux ne parlent pas, dit-il, en faveur d'un placenta prævia, mais prouvent seulement que le placenta s'était décollé. La rétention du fœtus peut avoir été occasionnée par l'endométrite qui accompagne ces processus. Si la rétention avait été la conséquence d'un obstacle à l'orifice interne, les douleurs auraient surgi d'une façon très-impétueuse (au moins à en juger par analogie avec d'autres cas).

Liebman pense que des changements inflammatoires de la matrice (endométrite ou métrite pendant la grossesse) diminuent la sensibilité de celle-ci, de telle façon que ses nerfs ont perdu la faculté de conduire des excitations à l'organe central. Il s'appuie sur l'observation de suppuration de l'œuf, d'Ulrich, pour justifier son opinion.

Schrœder cite ensuite les cas de rétention fœtale de Mac-Clintock, de Simpson, de Keiller, et de Halley et Davis, que nous rapporterons plus loin.

[1] *Beitr. z. Geburtsh.*, Bd. III, H. 1, p. 62. 1874.

Liebman[1] rapporte encore l'observation de Wageninge[2].

Obs. XXVIII. — Dans le septième mois de la seconde gestation d'une femme bien portante, les mouvements du fœtus cessèrent tout d'un coup, il y eut une forte hémorrhagie qui s'arrêta au bout de quelques jours. *Après six ans*, le contenu de l'utérus suppura; les os du fœtus furent éliminés par le *rectum*. La femme guérit.

Il n'y a pas de détails qui permettent de dire que les os fœtaux éliminés se trouvaient dans l'utérus. On ne dit pas si la femme a été menstruée. Ce n'est pour nous qu'un cas de grossesse extra-utérine qui se termina par une fistule rectale, terminaison fréquente de la grossesse péritonéale.

Obs. XXIX. — Alonso[3] raconte un cas d'opération césarienne pratiquée pour extraire le fœtus, en état de putréfaction, de la *matrice*, soudée à la paroi abdominale, après vingt-deux mois de rétention. Tous les autres essais d'extraction avaient échoué !

Dans ce cas encore on a dû prendre un kyste fœtal extra-utérin abdominal pour la matrice. Il n'existe, en effet, aucun fait authentique analogue de soudure de la matrice à la paroi abdominale, excepté les cas de soudures consécutives à l'opération césarienne. S'il y a eu péritonite, la matrice est unie à la paroi abdominale par des tractus celluleux. Les détails manquent du reste.

Liebman cite aussi l'observation de Vondörfer[4], qui raconte un cas remarquable de *rétention du fœtus dans la matrice pendant* 11 *ans :* (!)

Obs. XXX. — Une femme de 49 ans, qui était accouchée déjà deux fois, devint de nouveau enceinte. Dans le courant du huitième mois, à la suite d'un effort,

[1] *L. c.*, p. 64.
[2] *Nederl. Lanc.*, II. Jaar, p. 578. 1840. (*Schmidt's Jahrb.*, Bd. XXVIII, p. 73.)
[3] *El Siglo med.*, 236, Julio 1858. (*Schmidt's Jahrb.*, Bd. CI, p. 63.)
[4] *Œst. Jahrb.*, Jan. 1848, p. 51. (*Canstatt's Jahresb.*, *Geburtshülfe von Siebold*, Bd. IV, p. 325. 1848.)

des douleurs lombaires se déclarèrent, qui firent écouler les eaux en quantité notable. Dans la troisième semaine, forte hémorrhagie. Depuis, la patiente n'aurait plus eu qu'un abondant écoulement vaginal purulent et fétide. Puis il partit deux morceaux d'os ressemblant à une côte de fœtus. Semblables phénomènes se reproduisirent les années suivantes; et la onzième année l'auteur trouva l'abdomen saillant à l'hypogastre, l'utérus à deux pouces au-dessous de l'ombilic, douloureux par places. Des parties génitales s'écoula un liquide sanieux, sale, extrêmement fétide : l'orifice utérin, dirigé en arrière, n'était accessible qu'à l'extrémité de l'index, qui se heurta contre un morceau d'os très-aigu et solidement enclavé, empêchant le doigt de pénétrer plus avant dans l'utérus. La malade mourut de pyémie. A l'*autopsie*, en faisant l'incision longitudinale superficielle pour ouvrir la cavité abdominale, le scalpel tomba, à trois pouces au-dessous de l'ombilic, sur une place dure. On disséqua sur le côté la paroi abdominale soudée à l'utérus sous-jacent par l'intermédiaire d'un tissu dur, cartilagineux, de plusieurs lignes d'épaisseur. Sur le fond de l'utérus libre remontant jusqu'à deux pouces au-dessous de l'ombilic, on remarquait une ouverture de la grandeur d'un gros, à bords déchiquetés et fongueux, obstruée par un liquide sanieux, diffluent, sale, sous laquelle commençait l'adhérence solide de l'utérus avec la paroi abdominale antérieure. Par cette ouverture, on arriva avec le manche du scalpel dans la cavité de l'utérus, on y heurta contre un os large placé devant la cavité utérine. En élargissant cette ouverture, on pénétra dans l'utérus, et on y trouva plusieurs os fœtaux, répondant comme forme à un fœtus de sept mois. La paroi postérieure de l'utérus complétement libre; la partie moyenne et inférieure de la paroi antérieure solidement soudée aux muscles abdominaux et à la vessie, les parois latérales soudées aux trompes, aux ovaires et aux ligaments larges; la partie supérieure de la paroi antérieure libre, et, ainsi que le fond, d'une couleur verdâtre sale; sa substance si pulpeuse, qu'une pression modérée avec le doigt la perça complétement, le reste de la paroi antérieure, ainsi que les parois latérales consistant en un tissu fibreux dur, résistant, blanc jaunâtre; la paroi postérieure ramollie, hypertrophiée; le col de l'utérus bouché, l'orifice ouvert pour l'extrémité de l'index, sa lèvre antérieure allongée, de structure dure et fibreuse, la muqueuse de toute la cavité utérine facile à détacher, d'une couleur sale, couverte d'un mucus visqueux mêlé à un liquide sanieux, verdâtre, extrêmement fétide. Ovaires aux parois latérales de l'utérus. Le canal du gros intestin rétréci jusqu'au calibre d'un tuyau de plume; la vessie soudée à la paroi antérieure de la matrice.

C'était évidemment une grossesse extra-utérine. L'écoulement d'eaux

au huitième mois peut s'expliquer par une hydrorrhée utérine. Dans les grossesses extra-utérines, une caduque se forme dans la matrice. Quand le fœtus a péri, la caduque est expulsée; mais elle peut renfermer de l'eau, de la sérosité; de sorte que, quand elle se rompt, son expulsion est accompagnée d'un écoulement de sérosité et de sang. Il peut aussi se faire une ouverture du kyste dans un des culs-de-sac du vagin, et de là un écoulement de sang et d'eau. Nous croyons ce dernier processus plus probable dans le cas ci-dessus, attendu qu'un écoulement vaginal a continué de se produire; les deux os sortirent par la même fistule. Il n'est pas dit si la femme *a été menstruée* pendant les onze années qu'elle resta dans cet état. C'est le kyste fœtal et non l'utérus qu'on trouva à deux pouces au-dessous de l'ombilic. Ce qu'on prit pour l'orifice utérin tourné en arrière, était probablement l'orifice fistuleux ouvert dans le cul-de-sac postérieur. Dans ces cas, quand la tête plonge dans l'excavation, elle la remplit si bien qu'elle écarte tout ce qui s'y trouve et fait remonter la matrice qui devient inaccessible au doigt explorateur. L'utérus ne se soude pas à la paroi abdominale. Quand, à l'autopsie, on a cru pénétrer dans la cavité utérine, on pénétrait simplement dans le kyste. Ce qu'on a cru se trouver dans la matrice, n'est autre chose que ce qu'on trouve ordinairement dans un kyste fœtal extra-utérin.

•

Aug. Schmitt (*Memorabilien* 1874, voir *Rev. de Hayem*, VIII, 251, 1876) rapporte un cas instructif :

Une femme, arrivée à terme, ressentit des douleurs expulsives. Pendant l'examen vaginal, la poche des eaux qui faisait saillie dans le vagin, éclata. Il s'en échappa un liquide très-fétide, et avec lui un bras. L'épaule fut bientôt trouvée fortement engagée. On tenta la version, mais on n'y réussit pas, à cause de l'enclavement de l'épaule. La femme succomba. A l'*autopsie*, on trouva que le fœtus occupait la cavité abdominale. L'utérus était intact. Dans le vagin on trouva une fissure considérable occupant sa paroi antérieure et le péritoine correspondant.

Voici un autre cas, celui de Liebman[1], de Trieste, également considéré comme rétention fœtale dans la matrice.

Obs. XXXI. — La femme J..., âgée de 35 ans, très-corpulente, presque obèse, accoucha huit fois, la dernière fois au printemps de 1867. Après le dernier accouchement, elle tomba malade d'une méningite cérébro-spinale. Elle guérit, mais il lui resta une difficulté d'articuler distinctement quelques consonnes. En janvier 1872, elle avorta, sans cause appréciable, au deuxième mois de sa neuvième grossesse.

Les règles parurent pour la dernière fois le 12 avril 1872; cependant elle n'a pu devenir enceinte avant la fin d'avril ou dans les premiers jours de mai. Au milieu du mois d'août, elle sentit les mouvements de l'enfant. Au commencement de septembre, on crut pouvoir constater une grossesse de quatre mois environ. Le vagin et le col étaient ramollis.

Les mouvements de l'enfant cessèrent tout à coup à la fin du mois. Quelques jours après, la matrice parut un peu plus volumineuse que le mois précédent. Au milieu de novembre, la patiente éprouva pendant quelques heures des douleurs semblables aux contractions utérines. La résistance dans les culs-de-sac antérieur et postérieur me parut augmentée, c'est-à-dire que le développement de l'utérus était plus appréciable.

Dans le milieu de janvier 1873 (neuf mois après la dernière menstruation, trois mois et demi après la cessation des mouvements du fœtus), on trouva que le ramollissement du vagin et du col avaient beaucoup diminué. Toute la portion vaginale parut plus résistante et plus mince, l'orifice externe était ouvert à admettre le bout de l'indicateur dans une profondeur de $0^{cm},5$.

Dans la nuit du 11 au 12 février, la patiente fut éveillée subitement par l'écoulement, par les parties génitales, d'un liquide rouge-brun abondant (de 4 à 6 onces). Arrivé auprès d'elle quelques heures après, je trouvai que la matrice s'était rapetissée sensiblement, mais dans la portion vaginale de l'utérus, je ne remarquai aucun changement. Je déclarai que les eaux s'étaient écoulées et que l'accouchement était proche. Dans le courant du jour suivant se montrèrent quelques douleurs mais qui cessèrent bientôt. L'écoulement par les parties génitales diminua de plus en plus et cessa complétement au bout de 8 à 10 jours.

La patiente se trouvait alors très-bien, faisait chaque jour sa promenade et pré-

[1] *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1874, Bd. III, H. 1, p. 47, trad. par M. le prof. Herrgott dans la *Rev. méd. de l'Est*, t. III, n° 9, p. 302. Nancy, 1er mai 1875.

tendit que cet écoulement n'avait pu avoir été que la menstruation. Sous l'influence de cette idée, elle compta sur le retour de ce phénomène, lorsque, le 5 avril au matin (à peu près un an après sa dernière menstruation, six mois après la cessation des mouvements de l'enfant), elle éprouva des douleurs ressemblant à des contractions, et qui prirent une intensité de plus en plus grande.

Il ne s'écoula plus une goutte de liquide par les parties génitales; la patiente éprouva du ténesme, et à 6 heures du soir je trouvai les os du fœtus poussés l'un sur l'autre, déjà à la vulve; lors de l'exploration, il fut facile d'enlever le fœtus. Le placenta était engagé dans la portion cervicale de l'utérus; il fut extrait aussitôt avec deux doigts.

Un examen attentif du linge de corps de la patiente et de celui de son lit laissa apercevoir à peine çà et là quelques traces de sérosité roussâtre.

Le vagin et le canal cervical de la matrice étaient secs.

Après l'expulsion du fœtus, la patiente se trouva fort bien : elle n'eut *ni tranchées, ni écoulement lochial;* seulement, 48 heures après parut un écoulement sanguin assez abondant, comme après un avortement. Au bout de dix jours, l'utérus était assez bien revenu sur lui-même.

Récapitulons. Nous trouvons une grossesse qui s'étend normalement jusqu'au cinquième mois ; à cette époque, la mort du fœtus arrive ; jusqu'après le neuvième mois, il n'y a aucun travail; au milieu du dixième mois, il y a rupture de la poche, écoulement des eaux, un commencement de travail bientôt arrêté et qui n'est repris que deux mois après, dans le courant du douzième mois, et terminé par l'expulsion facile d'un enfant du cinquième mois de la vie intra-utérine, momifié, mais non putréfié.

L'auteur pense que l'obésité peut avoir occasionné une certaine torpeur de l'utérus, ou bien, vu la difficulté de parler qui était restée à cette personne à la suite d'une méningite cérébro-spinale, il suppose que les modifications qu'a subies le système nerveux central pourraient avoir envahi aussi les départements d'où part l'activité réflexe de l'utérus; de là une excitabilité défectueuse de ce centre.

L'explication imaginée par l'auteur est rationnelle, étant admis qu'on a eu affaire à une rétention fœtale utérine, mais il nous semble qu'elle ne répond pas à la réalité des choses, rien ne prouve en effet, que ce n'était pas une grossesse extra-utérine abdominale dont le produit a été éliminé par l'un des culs-de-sac péritonéaux qui a dû s'ulcérer et donner lieu à

une fistule kysto-vaginale. Celle-ci, s'élargissant de plus en plus, permit au fœtus de se présenter à la vulve. On n'a pas constaté de dilatation progressive du col de l'utérus. La seule fois qu'on a pu toucher, lors d'un écoulement séreux, « on n'a remarqué aucun changement dans la portion vaginale de l'utérus ». L'accouchement a été très-facile, parce qu'il n'y a pas eu de col à dilater. Dès que l'ulcération kysto-vaginale fut assez grande pour permettre l'engagement des os fœtaux, il suffit du mécanisme de l'effort, faisant contracter les muscles de l'abdomen afin de déchirer une portion suffisante de la paroi kysto-vaginale à moitié ulcérée, pour provoquer leur expulsion.

Ce qu'on a pris pour la portion cervicale de l'utérus dont on a extrait le placenta, n'est pour nous que l'orifice de communication kysto-vaginal; il est en effet très-facile, aussitôt après l'accouchement, de le confondre avec les lèvres déchirées, flottantes, du col d'un utérus qui vient d'expulser son contenu. Il n'y a eu ni tranchées, ni écoulement lochial, c'est-à-dire rien de ce qui se voit dans un accouchement de multipare. La marche de cet accouchement est tout à fait celle qu'on remarque quelquefois à la suite de la grossesse extra-utérine qui se termine de la manière la plus heureuse, par l'élimination du fruit à travers un orifice ulcéré faisant communiquer le kyste avec le dehors. Cet accouchement n'avait en rien les allures d'un accouchement ordinaire. Il n'y a du reste pas eu d'autopsie pour confirmer l'assertion de l'auteur.

Voici encore un cas, du Dr Alex. Solovieff[1], de Kazan (Russie), d'une *rétention d'un fœtus mort* (depuis 6 ans et putréfié) *dans la cavité utérine.*

Obs. XXXII. — Le 24 avril 1874 je fus consulté par une paysanne de 33 ans, de Potschinok (près Kazan), pour un écoulement fétide par les parties génitales. Elle dit en même temps qu'elle portait depuis 6 ans un enfant mort.

Elle s'était mariée à 17 ans, avait eu 7 enfants en 10 ans et était accouchée pour la dernière fois il y a 7 ans, d'un enfant qui n'a vécu que 25 semaines. Peu après,

[1] *Wiener med. Woch.*, 7 nov. 1874, n° 45. p. 981, trad. par M. le prof. Herrgott dans la *Rev. méd. de l'Est*, t. III, p. 306. Nancy, 1er mai 1875.

elle pensa être encore devenue enceinte, et il y a eu 6 ans ce printemps que commença le travail de l'accouchement, mais ne se termina pas.

Comme elle avait senti les mouvements de l'enfant pendant 13 ou 14 semaines, elle pensa que l'accouchement avait commencé environ 6 à 7 semaines avant terme. Elle eut aussi des frissons alternant avec des chaleurs et des douleurs revenant régulièrement; elle perdit alors une petite quantité d'eau.

D'après une sage-femme, l'enfant se serait présenté dans une situation transversale, et par ce motif, on avait appliqué deux fois le *pot-ventouse* sur le ventre de la femme. La seconde fois il se produisit une contracture de la jambe droite qui dura dix semaines. Les mouvements de l'enfant cessèrent ; après quatre jours de tourments le placenta sortit et le cordon fut coupé. Le travail cessa et la femme éprouva de violentes douleurs dans le ventre, une rétention d'urine et de la constipation. Une sage-femme instruite déclara que la matrice s'était refermée.

Dans le courant des deux semaines suivantes, la partie du cordon qui se trouvait hors de la matrice, tomba par portions, et à dater du cinquième jour, il s'établit un écoulement fétide par les parties génitales.

Pendant les dix premières semaines, la femme resta couchée; peu après elle commença à marcher. Un an plus tard, elle eut un violent frisson et pendant six semaines une tuméfaction du ventre de plus en plus considérable. A la fin de la deuxième année, la menstruation se montra, eut lieu chaque mois et dura chaque fois quatre jours.

Dans les dernières années, la patiente ressentit une douleur mordicante constante dans le ventre et une tension vers le bas; cette sensation augmentait de temps en temps et était accompagnée de malaises, de chaleurs, de vertiges, etc. La malade n'a jamais remarqué de sortie de fragments d'os.

A dater de la deuxième moitié de la deuxième année eut lieu le coït, pendant lequel le mari se blessa souvent au pénis, ce qui le fit saigner abondamment.

Il y a trois ans la patiente se présenta à la clinique. Le bas-ventre n'était pas tuméfié. Par la palpation on trouva à trois travers de doigt au-dessus du pubis une tumeur solide et lisse qu'une exploration ultérieure démontra être la matrice.

La muqueuse vaginale est tuméfiée, la voûte vaginale vide, le segment inférieur agrandi et distendu, l'orifice externe ouvert de trois quarts de pouce; à travers cet orifice fait saillie un os à bord tranchant, immobile, qui a fait une entaille dans le canal cervical. J'enlevai l'os avec une pince. Dans l'espace de cinq quarts d'heure je pus extraire soixante-douze os. Plusieurs d'entre eux furent extraits avec le doigt que j'introduisis plusieurs fois dans la cavité utérine pour changer la situation des os qui se présentaient en travers.

Après cette opération, qui se fit sans douleur et sans écoulement de sang notable, on ne trouva plus aucun corps étranger dans la cavité utérine.

Pendant les trois jours suivants, le fond de l'utérus était encore tangible au-dessus du pubis, mais la cavité utérine était sensiblement rétrécie.

Le quatrième jour, la patiente retourna chez elle.

*Remarques.* — Le placenta fut expulsé avant le fœtus à cause de la présentation oblique de celui-ci; les contractions furent impuissantes à l'expulser à cause de cette présentation anormale, peut-être aussi à cause de l'application du *pot-ventouse.*

C'est encore là pour nous une grossesse extra-utérine manifeste. Il n'y a absolument rien qui prouve qu'elle ait été utérine; c'est, au contraire, en tout la marche d'une grossesse extra-utérine abdominale. Six à sept semaines avant terme il y eut un commencement de travail et le fœtus succomba; la femme perdit une petite quantité d'eau, due soit à de l'hydrorrhée utérine, soit à la formation d'une fistule kysto-vaginale par où se serait écoulé le liquide amniotique et par où sortit aussi le placenta après quatre jours de tourments.

Le travail cessa. « Une sage-femme instruite déclara que la matrice s'était refermée, qu'il était impossible d'extraire l'enfant. » Les contractions sympathiques de l'utérus avaient eu lieu pendant quatre jours, mais naturellement sans produire de dilatation de l'orifice du col, parce qu'il n'y avait rien à expulser par là. « L'écoulement fétide persista » à travers la fistule. « A la fin de la deuxième année, la menstruation se montra, eut lieu chaque mois et dura chaque fois quatre jours. » Comment veut-on que la menstruation revienne pendant que la matrice est occupée par un fœtus? Dans la grossesse extra-utérine, c'est au contraire un phénomène habituel quelque temps après le terme de la gestation.

A la palpation on a pris pour la matrice ce qui n'était que le kyste fœtal extra-utérin.

« Le segment inférieur est agrandi et distendu, l'orifice externe ouvert de trois quarts de pouce; à travers cet orifice fait saillie un os à bord tranchant, immobile, qui fait une entaille dans le canal cervical. » Ce qu'on

a pris pour le segment inférieur de l'utérus, n'était que le kyste extra-utérin qui distendait l'un des culs-de-sac vaginaux. Quant à ce qui est décrit comme l'orifice externe ouvert, ce n'était probablement pas l'orifice du col du tout, mais seulement l'orifice d'une fistule kysto-vaginale qu'on peut facilement confondre dans ces cas avec un col dilaté. Cet orifice eût-il même été celui du col que cela ne prouverait qu'une chose, c'est qu'une des parois utérines en contact avec le kyste a été ulcérée, qu'il s'est formé une fistule kysto-utérine et que les os sont sortis par l'orifice du col. Nous avons rapporté plusieurs *autopsies de grossesses extra-utérines où ce processus a eu lieu.*

Quand l'opérateur croyait introduire le doigt « dans la cavité utérine », il l'introduisait sans doute dans le kyste extra-utérin, erreur très-facile dans les cas de ce genre.

Chaque fois que l'auteur dit « utérus », « cavité utérine », il faut lire kyste, cavité du kyste. Il n'y a du reste *pas d'autopsie* pour confirmer l'assertion de l'auteur.

W. A. Freund[1], de Breslau, a lu en décembre 1868, à la Société de médecine de Silésie, l'*Histoire d'une femme qui portait encore à ce moment dans l'utérus la tête d'un enfant arrachée du tronc dix ans auparavant.*

Obs. XXXIII. — La femme W., âgée de 34 ans, d'une constitution délicate, nerveuse, irritable, accouchée 4 fois. La 4e grossesse, arrivée après quatre années de mariage, se prolongea seule jusqu'au 10e mois lunaire. Le 10 novembre 1859, deux ou trois semaines avant terme, commença l'accouchement en présentation du siége d'un enfant du sexe féminin qui avait été reconnu vivant. — Les douleurs continuant à rester faibles, un collègue vigoureux procéda à l'extraction et s'y prit de telle façon qu'il arracha le tronc de l'enfant de la tête qui resta dans la cavité utérine.

On tenta immédiatement l'extraction de la tête, mais comme on la trouva mobile dans l'utérus, on cessa bientôt les tentatives d'application du forceps et on

[1] *Deutsche Klinik*, 14. Aug. 1869, Bd. XXI, n° 33, p. 301.

eut recours au crochet aigu. Celui-ci n'eut aucune prise, car les os de la tête, en partie brisés, ne présentaient plus de point d'appui. On essaya alors de compléter le brisement du crâne au moyen de la main introduite dans l'utérus et d'extraire la tête comme un sac flasque, rempli d'os.

On ne parvint à briser qu'en partie les os de la tête déjà fracturés auparavant; ceux-ci transperçaient les enveloppes molles et pénétraient dans la paroi cervicale; l'utérus tout entier se contractait tétaniquement autour de la main et de la tête, et la parturiente étant épuisée, il ne sembla pas possible de la soumettre à de nouvelles interventions. On abandonna même le placenta dans l'utérus.

Des parties génitales s'écoula une matière mêlée de cervelle et de lambeaux de peau. Le sixième jour sortit le placenta ramolli. Le septième jour, l'exploration découvrit dans le col mou, infiltré, profondément échancré, une esquille allongée implantée lâchement dans la paroi, et qui se laissa éloigner sans peine.

Ce n'est qu'au bout de quelques mois que la femme put de nouveau marcher. *Les règles parurent* assez exactement. Le coït était pratiqué sans difficulté aucune.

En automne 1865, l'exploration interne révéla un utérus de *la grosseur du poing*, en antéversion assez prononcée; le col raccourci, à échancrures multiples, à orifice arrondi, laissant pénétrer le doigt d'environ $2^{cm}$. La sonde tombe nettement sur un os nu à la hauteur de l'orifice interne; une exploration plus précise montre que cet os est étendu presque obliquement au-dessus de la cavité cervicale et qu'il est très-peu mobile.

En mai 1868, la menstruation était régulière; l'exploration permit de constater que l'utérus était un peu plus petit comparativement à ce qu'il était autrefois, mais il avait toujours un volume anormal; avec la sonde on heurtait encore à la hauteur de l'orifice interne contre un gros fragment osseux qu'on ne parvint pas à extraire.

En novembre 1868, la femme sortit elle-même un fragment d'os de la vulve. L'exploration manuelle révéla quelques portions semblables dans l'orifice du col déchiré en beaucoup d'endroits, et on en retira un en le saisissant entre le pouce et l'index.

Freund tire de cette observation la conclusion que le canal génital de la femme présente une grande tolérance contre les influences traumatiques et septiques, et c'est ce qui motiva le titre qu'il donna à son article.

Ce n'est pas là un cas à ranger parmi ceux de rétention, attendu que

l'accouchement a eu lieu dans le 10^e^ mois lunaire et que la tête même n'est pas restée en entier dans l'utérus. Qu'est-ce que peut renfermer un utérus de la grosseur du poing? Ce n'était pas la tête entière; il n'en est resté que quelques os qui se sont incrustés dans les parois utérines, ce qui est possible, mais étonnant, comme le dit l'auteur; car il est surprenant qu'ils aient été tolérés aussi longtemps par l'utérus, sans y produire de résorption. Le titre ne répond pas le moins du monde à la réalité, et par le fait que quelques os se sont incrustés dans les parois utérines, il n'est pas prouvé qu'une tête entière puisse être retenue, encore moins qu'un fœtus entier puisse rester dans la matrice au-delà du terme. Ce fait est à rapprocher de ce qu'on a décrit sous le nom de *pierres dans la matrice* dans les cas de fistules vésico-utérines ou de tumeurs fibreuses intra-utérines ossifiées. (Louis, *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*)

En 1875, le même auteur, Freund[1], a publié le cas suivant de *missed labour. Séjour du squelette du fœtus pendant sept ans dans l'utérus. Perforation du col de l'utérus et du corps de la vessie par un os iliaque du fœtus. Incrustation. Extraction par la lithotomie.*

Obs. XXXIV. — K. St., de Skalunk (Silésie supérieure), forte paysanne de 44 ans, arrive le 11 juin 1875 à ma policlinique avec une lettre du D^r^ Geldner, de Pitschen, qui dit qu'elle est accouchée il y a huit ans pour la sixième fois, normalement comme toujours. Il y a sept ans, la femme, qui avait été toujours bien portante jusque-là, aurait été prise vers la fin du sixième mois de la grossesse d'hémorrhagies et de faibles douleurs. Après que ces symptômes furent passés, il se serait produit un écoulement purulent assez épais qui entraînait au commencement des lambeaux de tissu, et serait devenu peu à peu plus clair, inodore et irritant. Depuis un an de petits os auraient été évacués de temps à autre du vagin. L'écoulement irritant durerait encore. Pendant ces sept ans la femme serait restée complétement saine du reste, et aurait vaqué à ses lourdes occupations domestiques comme autrefois, sans interruption; il n'y a que la menstruation qui n'aurait pas reparu depuis. Après quelques jours de ténesme vésical considérable avec évacuation goutte à goutte, il s'était produit depuis mars 1875 une incontinence d'urine absolue.

[1] *Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn.* 1875, Bd. IV, H. 1, p. 108.

Le confrère fit alors l'extraction de deux os fœtaux (un fémur et un péroné) *du col utérin* au moyen de la tenette. On ne put réussir à extraire les parties du squelette qui étaient situées plus haut dans l'utérus.

Un examen attentif du vagin et du col donne la certitude que le premier est tout à fait sain et que l'urine s'écoule par le dernier. Le sondage de la vessie par le canal de l'urèthre, qui n'est pas particulièrement large, démontre une division de la cavité vésicale en deux étages, produite par un large repli muqueux qui part de la paroi postérieure du corps de la vessie, se dirige en avant, et s'approche de la paroi antérieure jusqu'à une fente étroite. — Après qu'on eût réussi, non sans peine, à dépasser le bord antérieur de ce repli, la sonde heurte aussitôt sur un corps dur, rugueux, qu'on reconnaît par le toucher et l'ouïe pendant qu'on le frappe, pour une concrétion pierreuse. L'examen bimanuel des parties génitales révèle un utérus modérément élevé, en complète antéversion, fixé dans cette position, *du volume d'un poing d'adulte* avec des parois épaisses, dures, et un orifice utérin arrondi, perméable au doigt. Dans la cavité du col, le doigt et la sonde révèlent des os à bords tranchants, logés irrégulièrement l'un à côté de l'autre. Aussitôt on retire un tibia; plus tard, on parvient à extraire dans le décubitus latéral, avec application du spéculum de Sims et fixation du col, d'autres os en partie incrustés de *sels calcaires*. Le col débarrassé des os se montre considérablement allongé ($4^{cm},5$); à la hauteur de l'orifice interne, le doigt heurte contre un corps solide, rugueux, d'un contour arrondi, qui ne présente qu'une mobilité insignifiante, et paraît implanté dans la paroi antérieure, et entouré de bords muqueux qui le couvrent légèrement. Nous apprenons par des explorations répétées, que ce corps est l'extrémité postérieure de la concrétion dont l'antérieure fait saillie dans l'étage supérieur de la vessie, et aussitôt il devint clair que nous avions affaire à un corps étranger étranglé dans une grande fistule vésico-utérine comme un obturateur qui a la forme d'un double-bouton; sa surface était rugueuse par l'incrustation qui provenait de l'urine qui la baignait continuellement. L'extrémité de la concrétion qui faisait saillie dans la vessie, fut jugée beaucoup plus grosse que l'extrémité utérine. Nous résolûmes de laisser cheminer le corps étranger de la fistule dans la vessie, et de l'extraire de celle-ci.

Le 18 juin, la femme étant dans le décubitus latéral, on introduit une forte sonde utérine dans la vessie au-dessus du repli transversal, au-dessous de la surface du corps étranger dirigée en dehors, l'index de la main droite est poussé très-haut dans le col de l'utérus, et est placé sur la face utérine de la concrétion: et soulevée par là, poussée par ici, la masse se meut enfin en avant. Le doigt arrive alors dans une grande fistule, qui l'embrasse commodément et qui,

située transversalement, occupe toute la largeur de la partie supérieure de la paroi cervicale et conduit directement dans l'étage supérieur de la vessie, dans lequel se trouve maintenant toute la concrétion. Avec le déplacement de la concrétion dans la vessie cesse le continuel mécanisme de l'effort par la pression abdominale. Auparavant je me suis assuré derechef que le corps étranger se trouvait encore mobile dans l'étage supérieur de la vessie au-dessus du repli transversal, mais que la fente transversale qui reliait les deux étages, était décidément élargie et couverte d'une partie de la concrétion.

Le soir à neuf heures je procède à l'extraction du corps étranger avec l'assistance du professeur Förster, du D[r] Kempner et de mon frère. L'exploration de la femme chloroformée démontre que la concrétion est enclavée dans le col de la vessie, étroitement entourée des parois vésicales, et s'étend jusqu'au commencement du canal de l'urèthre. La tentative d'extraction de la concrétion par le canal de l'urèthre entaillé et dilaté ne réussit pas, à cause de la grandeur de la concrétion. J'incise l'urèthre directement en arrière avec des ciseaux, j'élargis l'incision par le col de la vessie, et j'extrais le calcul. La plaie de l'opération est suturée à la soie. Après trois jours les fils sont éloignés; la plaie d'opération est guérie par première intention. L'utérus est contracté jusqu'au volume d'un poing d'enfant. La fistule vésico-utérine est fermée, naturellement pas encore guérie; mais dans toutes les positions possibles de la femme et après plusieurs essais pour s'en rendre compte, il ne passa pas une goutte d'urine dans le vagin. Après trois autres jours, la femme partit guérie. Le 11 août l'évacuation d'urine est complétement normale.

Les os extraits *de l'utérus* répondent, eu égard à leur grandeur, à un fœtus de six mois. — Le noyau de la concrétion est la partie iliaque de l'os innominé gauche.

L'auteur fait suivre son observation d'une figure schématique qui représente ce qu'il s'est imaginé avoir constaté, mais qui ne prouve absolument rien, attendu qu'il n'y a pas eu d'autopsie pour confirmer son diagnostic. Qui ne reconnaît immédiatement là une grossesse extra-utérine abdominale, dont le kyste était logé dans le cul-de-sac péritonéal antérieur et dont le produit s'était fait jour dans la vessie et dans le vagin par le cul-de-sac antérieur? Les exemples de cette terminaison de la grossesse extra-utérine ne sont pas rares. Le kyste a dû contracter des adhérences avec la paroi antérieure de

la matrice, et l'a peut-être ulcérée et perforée; les os du fœtus se sont alors introduits dans la cavité du corps et du col de l'utérus, et ce n'est qu'après ce trajet qu'on a dû les sentir en cet endroit. Le kyste a de même dû contracter des adhérences avec la vessie, qu'il a ulcérée et perforée par le même processus.

Il est probable que «la division de la vessie en deux étages, constatée par la sonde», était constituée uniquement, pour l'étage inférieur par la vessie, qui était revenue sur elle-même quand il y a eu perforation du kyste et de la vessie, et communication entre ces deux cavités; car la vessie revient toujours sur elle-même quand elle n'a rien à contenir, ce qui arrive par exemple quand il existe une fistule vésico-vaginale. L'étage supérieur était probablement formé par le kyste fœtal abdominal qui, après sept ans d'évacuation lente, a beaucoup diminué de volume; et voilà pourquoi on a trouvé la vessie si «flasque», c'est parce que c'était la paroi du kyste fœtal.

L'os dont il est question se trouvait de la sorte ni dans la vessie ni dans la matrice, mais dans le kyste fœtal.

L'auteur fait remarquer qu'il était «difficile de franchir le bord antérieur du repli qui séparait les deux étages». Cela est-il étonnant si l'on n'a qu'une fistule kysto-vésicale dont il s'agit de trouver l'orifice? Deux points ont dû induire en erreur quand on a sondé : 1° Le faible espace de la première cavité; si bien qu'on a cru que ce n'était pas toute la vessie; 2° la flaccidité de la poche qu'on a trouvée derrière ou au-dessus de la vessie et qu'on a jugée trop flasque pour être l'utérus, d'où l'on a conclu que cela ne pouvait être que la vessie, tandis que l'issue de fragments d'os par l'orifice du col utérin n'a pas fait songer à la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Ce qu'on a pris, dans l'exploration combinée, pour l'utérus en antéversion, n'était évidemment que le kyste fœtal extra-utérin qu'on se renvoyait en touchant le col, avec lequel il avait contracté des adhérences. Et il n'est pas étonnant qu'on ait trouvé cette tumeur à la place d'un utérus en antéversion, puisqu'elle ne se trouvait pas immédiate-

ment au-dessus du col, mais en avant de lui, entre l'utérus et la vessie.

« Il était fixé dans cette position », ce qui parle encore en faveur de la grossesse extra-utérine, dont le kyste contracte plus facilement des adhérences avec les organes voisins et en particulier avec la paroi abdominale antérieure.

Pendant qu'on retirait encore par le vagin des os qui devaient avoir été contenus dans la matrice, le volume de cet organe était celui du poing d'un adulte, dit l'auteur, avec parois épaisses et dures. Comment cette matrice aurait-elle pu contenir un squelette de fœtus? On dit bien qu'une partie s'était introduite dans la vessie, mais l'autre partie suffisait pour entretenir la dilatation de la matrice.

« Le col se montre considérablement allongé ($4^{cm}$,5). » D'après Sappey[1] le col d'une multipare a $2^{cm}$,5 de longueur. Les 2 centimètres d'augmentation apparente du col sont à attribuer, d'après nous, à ce que l'on a pris pour l'orifice interne du col, qui était sans doute ouvert et dont le siége précis devait être difficile à fixer à cause de la sortie des os qui venaient de le dilater, qu'on a pris, disons-nous, pour l'orifice interne du col ce qui n'était probablement que l'ouverture de communication entre la matrice et le kyste; cette ouverture siégeait, paraît-il, à 2 centimètres au-dessus de l'orifice interne du col.

Cela étant admis, et nous croyons que nos réflexions porteront la conviction dans plus d'un esprit indécis, tout se comprend très-bien et fait voir clairement qu'on se trouvait en face d'une grossesse extra-utérine; il suffit de lire « ouverture de communication entre l'utérus et le kyste extra-utérin » chaque fois que l'auteur dit « orifice interne du col utérin ».

On voit alors que c'est en traversant cet orifice, c'est-à-dire en pénétrant dans le kyste, que « le doigt heurte contre un os ». Cet os se trouvait donc contenu dans le kyste et non pas « implanté dans la paroi anté-

[1] *Traité d'anatomie descriptive*, 2e éd., t. IV, p. 728. Paris 1874.

rieure de l'utérus », mais se présentant à l'orifice kysto-utérin qui s'était fait dans la paroi antérieure de la matrice.

Un point qui vient encore à l'appui de notre opinion, c'est que « l'extrémité de l'os, dit l'auteur, qui faisait saillie dans la vessie, était beaucoup plus grosse que l'extrémité utérine ». Ce que nous traduisons : le bout de l'os le plus gros est resté dans le kyste extra-utérin, tandis que la plus petite extrémité s'est engagée dans l'orifice de la fistule kysto-utérine. Or, c'est l'extrémité la moins grosse qui a toujours la plus grande tendance à s'engager dans une fistule pour sortir du kyste. Il est donc permis de présumer que là où était la grosse extrémité de l'os, se trouvait le contenant primitif qui, pour nous, est le kyste.

Voici comment il faut comprendre la suite d'après nous. La sonde fut introduite « dans la vessie au-dessus du repli transversal », c'est-à-dire dans le kyste à travers la vessie par la communication kysto-vésicale. Comme le kyste était en communication avec la vessie, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'os se soit recouvert d'une concrétion urinaire, même sans avoir été dans la vessie elle-même : c'est pourtant ce fait, sans doute, qui a dû beaucoup contribuer à faire croire à la présence de l'os dans « un étage supérieur de la vessie », qui n'était que le kyste.

L'os passa ensuite du kyste dans la vessie et se présenta au col de celle-ci, en franchissant « la fente transversale qui reliait les deux étages » et que l'auteur avait trouvée manifestement élargie. Cette fente n'était autre chose que l'ouverture de communication entre le kyste et la vessie, qui se présentait d'abord sous forme d'une fistule étroite ; mais celle-ci, s'ulcérant de plus en plus, s'élargit constamment jusqu'à permettre à l'os de franchir cette ouverture de communication. Cet élargissement d'une prétendue fente transversale, limitée par un repli transversal de la vessie, se comprendrait difficilement. A-t-on jamais rencontré sur un cadavre un repli transversal de la vessie, persistant d'une façon permanente? La structure anatomique de la vessie permettrait tout au plus de concevoir un pareil repli momentané, mais essentiellement passager, et encore....

Ce point vient donc aussi à l'appui de notre opinion et nous permet de croire qu'il n'est pas vraisemblable que le prétendu étage supérieur de la vessie ait été autre chose que le kyste fœtal extra-utérin.

En trois jours la fistule kysto-utérine était guérie. Est-il permis de croire que si l'on avait eu une fistule vésico-utérine, elle aurait guéri spontanément en si peu de temps, pendant que la femme se trouvait dans le décubitus dorsal dans son lit, position qui aurait accumulé l'urine au point de la fistule, car ce point aurait été le plus déclive de la vessie? On comprend beaucoup plus facilement que les parois du kyste vide, s'appliquant sur la paroi utérine, aient favorisé un recollement, une cicatrisation.

De toutes ces considérations nous croyons pouvoir conclure que l'auteur se trouvait en face d'une grossesse extra-utérine, quoique Schrœder ait cru devoir ajouter foi à l'observation qui précède et qu'il cite, dans sa nouvelle édition (5e éd., p. 445), comme un cas de fœtus retenu dans la matrice, et passé en partie par suppuration dans la vessie.

Kleinwächter[1], de Prague, ainsi que Barnes (v. § 4), ne croit pas à la possibilité de la rétention du fœtus dans l'utérus : « Un utérus, se comportant normalement du reste, peut-il retenir un fœtus mort au-delà du terme normal de la gestation? C'est pour le moins très-invraisemblable. Il y a eu très-probablement confusion, dans ces cas de *missed labour*, avec les rétentions fœtales des grossesses extra-utérines dans une corne rudimentaire. »

Quoique ces suppositions soient fort problématiques, elles montrent pourtant que ces deux auteurs ne sont pas partisans de la rétention fœtale.

[1] *Grundriss der Geburtshülfe*, p. 190. Wien 1877.

#### 4. La question du « missed labour » en Angleterre.

Dans les derniers temps c'est en Angleterre que la question des rétentions fœtales dans l'utérus a encore eu quelques défenseurs, sous la dénomination de *missed labour*.

Cette désignation, *missed labour* (dont la traduction littérale est *travail manqué*, qui serait bien rendue en français par *travail avorté*, si l'on n'avait pas à craindre la confusion que ce dernier terme pourrait faire naître dans l'esprit), sous laquelle Oldham avait décrit, en 1847, un cas extrêmement rare d'obstétrique, observé par lui (*Guy's Hospital Reports*, new series, vol. V, 1847, p. 105-112), a été définie de la façon suivante par Mac Clintock, qui a repris l'étude de ce sujet quelques années plus tard (*Dublin Quarterly journal*, vol. XXXVII, nouv. série, février et mai 1864, p. 51 et 307).

« Ce terme, dit-il, a été appliqué à certains cas de grossesse utérine dans lesquels l'action de l'utérus venant à manquer au terme de la parturition, le fœtus est retenu pour un temps indéfini après le terme normal de la gestation. »

Pour ces auteurs il y a un véritable arrêt dans le travail, indépendant de toute cause mécanique, arrêt qui peut se prolonger indéfiniment et constituer les cas auxquels doit être restreint le nom de *missed labour*, car on ne doit pas confondre sous cette dénomination ceux dans lesquels le travail est rendu impuissant par une cause mécanique siégeant dans le col de l'utérus, les grossesses extra-utérines, le travail prématuré avec expulsion d'un fœtus en décomposition, les gestations prolongées, les ruptures de l'utérus avec issue du fœtus dans la cavité abdominale.

Dans un certain nombre de cas le fœtus était mort au moment où le travail aurait dû commencer, et les eaux de l'amnios s'étaient généralement écoulées à cette époque ou aux environs de cette époque.

« Ces cas, dit Mac Clintock, doivent être rangés parmi les plus rares de la pratique obstétricale. Les recueils de médecine obstétricale tous

ensemble ne contiennent pas plus de quinze ou vingt cas de cette espèce sur lesquels il est difficile d'élever des doutes. *Quelques-uns*, ajoute-t-il, ont présenté des symptômes qui *avaient plus de ressemblance avec les gestations extra-utérines.* »

Ce sont ces considérations que Mac Clintock fait suivre de l'histoire d'un cas qu'il a observé et qu'il relate avec tous les détails qu'il a pu recueillir ; il termine par quelques remarques générales sur le cours ordinaire et le traitement de ces cas.

Obs. XXXV. — Vers la fin de l'été (1863) une femme de 45 ans, ayant eu plusieurs enfants (le dernier depuis plus de quatorze mois), vint me consulter sur un écoulement constant par le vagin, abondant et d'une odeur extrêmement désagréable, durant depuis plusieurs mois, sans hémorrhagie ni douleur vive; mais sa santé en avait été profondément altérée.

En examinant l'abdomen, je trouvai dans la région hypogastrique une tumeur globuleuse simulant l'utérus développé comme au quatrième mois de la gestation. En touchant par le vagin, en arrivant à l'orifice utérin, un flot de liquide sanieux d'une fétidité épouvantable s'échappa par les parties génitales.

J'introduisis une sonde. A peine était-elle arrivée dans l'utérus, qu'elle se trouva en contact avec une substance dure, de nature osseuse. Je cherchai alors à faire entrer mon indicateur dans le col et parvins à faire passer la première phalange dans la cavité utérine, où elle rencontra plusieurs saillies osseuses.

Cette femme avait eu douze enfants vivants, puis un enfant mort à terme : peu de temps après elle conçut pour la quatorzième fois. Au septième mois elle éprouva les symptômes de mort du fœtus ; néanmoins la grossesse arriva à la fin du neuvième mois, et exactement au moment attendu il se déclara des douleurs d'enfantement suivies d'un écoulement aqueux et sanguin. Ces signes de travail cessèrent bientôt, et la grossesse continua sans encombre *cinq semaines* plus longtemps. Alors la femme eut de nouvelles douleurs qu'elle crut être des douleurs d'enfantement, et qui se répétèrent pendant deux jours sans arrêt. Un praticien reconnut « outre les douleurs, des pertes de sang, et en examinant il trouva dans le vagin un os dont il fit l'extraction (côte fœtale) ». Il se présenta encore plusieurs autres os que la femme affirma avoir été complétement dépourvus de chair.

Pendant 62 semaines l'écoulement âcre par le vagin avait continué, et quelques petits fragments d'os avaient été expulsés ; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie et la femme ne croyait pas que l'arrière-faix eût été expulsé.

Je la fis admettre à l'hôpital Steevens, chez le Dr Hardy. L'extraction des os de l'utérus était très-difficile à cause : 1° de l'étroitesse de l'orifice de la matrice et de la rigidité du col, et ne permettait que l'introduction du doigt; 2° de la douleur vive que ces manipulations causaient; 3° du défaut d'instrument convenable.

Après différents essais assez infructueux, on introduisit une large tente conique d'éponge préparée dans l'orifice utérin pendant la nuit. Le lendemain la malade fut placée dans la position obstétricale et anesthésiée. Alors on enleva l'éponge et on fit une injection d'eau tiède. On essaya d'extraire quelques os avec une longue pince recourbée, ressemblant à une pince à polypes du nez.

Du 1er mai au 2 juillet on retira en dix séances plus de soixante os. Le Dr Hardy enleva avec beaucoup de peine deux os longs, un humérus et un fémur qui semblaient avoir été en partie fixés dans le tissu de la matrice. Leur enlèvement causa un surcroît de douleur. Le 7 juillet la femme succomba de pyémie. L'autopsie ne put être obtenue.

« Sous quelques rapports, dit Mac Clintock, l'histoire qu'on vient de lire n'est pas aussi complète qu'on pourrait le désirer. Néanmoins les faits indiquent nettement le cours des événements, c'est-à-dire que : 1° le fœtus a péri au septième mois; 2° qu'à la fin du neuvième mois il y a eu un commencement de travail d'expulsion et départ d'eaux de l'amnios; 3° que cinq semaines après il y a eu un nouveau travail plus prononcé et plus douloureux; 4° que depuis ce moment jusque plus de quinze mois après que cette femme fût venue me consulter, elle a eu un écoulement abondant et fétide, et que sa santé a été de plus en plus mauvaise. »

Il est très-probable que cette observation ne concerne qu'une grossesse extra-utérine. Elle en présente tous les caractères : mort du fœtus à sept mois, douleurs à neuf mois, etc. — Qu'est-ce qui prouve que la sonde a vraiment pénétré dans l'utérus, et non dans une fistule kysto-vaginale? De même pour l'exploration avec l'indicateur, on ne dit pas qu'on a trouvé le corps de l'utérus à la suite du col, ce qui fait présumer qu'on ne l'a pas senti. Quand un des culs-de-sac péritonéaux est distendu par une cause quelconque, grossesse extra-utérine, tumeur, etc., le col est souvent si élevé qu'il n'est pas possible de l'atteindre; et quoi de plus naturel alors, quand on rencontre un orifice fistuleux à l'endroit où devrait être l'orifice du col, que de prendre cet orifice pour celui du col? Il n'est pas dit un mot de l'état des culs-de-sac. Qui nous assure qu'on

ne s'est pas trompé? Du reste, pas d'autopsie. « L'étroitesse de l'orifice de la matrice et la rigidité du col » dont il est question, parlent beaucoup plus en faveur d'un orifice fistuleux qu'en faveur d'un col de multipare qui a laissé passer treize enfants, dont le dernier a été expulsé normalement peu avant la conception du quatorzième. Ce n'est pas en si peu de temps que se formerait un néoplasme d'une nature quelconque, capable de s'opposer assez à la dilatation de l'orifice de la matrice pour empêcher l'accouchement. Celui des néoplasmes, du reste, qui a la marche la plus rapide et qui est le plus fréquent au col de l'utérus, le cancer, est exclu par l'auteur lui-même, qui n'en a constaté aucun signe.

L'écoulement aqueux qui avait eu lieu à terme peut s'expliquer par de l'hydrorrhée utérine ou par l'établissement de la fistule.

Nous pensons donc qu'il y a toutes raisons de croire qu'on avait affaire à une grossesse extra-utérine abdominale; que la paroi inférieure du kyste, qui était en rapport avec l'un des culs-de-sac, s'est ulcérée, ainsi que le point correspondant de la voûte vaginale, et qu'un orifice fistuleux s'est établi de la sorte, par où s'est fait l'écoulement du liquide et l'expulsion des os.

Obs. XXXVI. — Le cas du Dr Montgomery, dit plus loin Mac Clintock, ressemble au mien sous plusieurs rapports. C'était la quatrième grossesse de la femme. Le fœtus paraissait être mort au terme de sept mois. A la fin du neuvième, les douleurs s'étaient déclarées et les eaux s'étaient écoulées. Peu de temps après, il s'était fait par le vagin un écoulement fétide qui a duré un certain temps, et accompagné d'abord de beaucoup de fièvre, de tympanite et de douleur abdominale. Durant le reste du temps de son existence, deux ans et demi, des morceaux d'os de fœtus ont continué à être expulsés de temps à autre. Vingt-quatre heures après la rupture des membranes, le placenta et le cordon ombilical avaient été expulsés complétement macérés. Le Dr Montgomery ne vit la malade que huit jours après, et, ne pouvant reconnaître aucune partie fœtale par le toucher, il conclut qu'il n'y avait pas de fœtus dans l'utérus. Mais un peu plus tard, ayant fait un examen plus approfondi, il trouva « un amas d'os fœtaux » *dans l'utérus*.

Les détails manquent pour critiquer ce cas; l'autopsie n'a pas été

faite. Mais pour nous ce n'est qu'une grossesse extra-utérine abdominale, avec fistule kysto-vaginale établie dès le neuvième mois. La fistule établie, rien d'étonnant à ce que le placenta et le cordon ombilical aient été expulsés à la suite de l'écoulement des eaux. En effet, chez les fœtus morts et macérés retenus après l'avortement jusqu'au terme normal, on rencontre le cordon infiltré dans toute son étendue, mais tout à fait aminci à son insertion fœtale; quoi de plus naturel alors que d'en voir la rupture et l'expulsion, aussi bien dans une grossesse extra-utérine que dans une grossesse utérine!

Mac-Clintock publia plus tard[1] un cas de *missed labour* qui lui fut communiqué par le docteur Burden, professeur au Queen's College à Belfast, qui l'avait observé, quelques années auparavant, au General Hospital de cette ville.

Obs. XXXVII. — La patiente raconta qu'étant enceinte et à terme, elle entra en travail, et que, lors de l'arrivée du médecin, les douleurs devinrent plus faibles. Il prescrivit du laudanum, à la suite duquel les douleurs cessèrent bientôt et ne revinrent plus. Quelques semaines après elle mourut. En ouvrant la matrice, on y trouva un fœtus en état de dissolution et de décomposition.

Mac-Clintock pense que cette observation, quelque imparfaite qu'elle soit, apprend néanmoins que, la matrice étant arrêtée dans son travail d'expulsion, n'est pas disposée à de nouvelles contractions. Il croit que dans le cas présent le travail fut arrêté par l'usage intempestif de l'opium et paraît ne pas avoir repris.

Nous trouvons cette observation trop imparfaite pour pouvoir la discuter. Qui est-ce qui nous dit que la femme était à terme? Les douleurs étaient déjà plus faibles quand le médecin arriva. On pourrait tout aussi bien dire que, quoique la femme se soit crue à terme, elle ne l'a pas été, et qu'elle est morte quand elle était à peine à terme; ou bien n'était-

[1] *Dublin quarterly Journal*, vol. XXXVII, febr.-may 1864, p. 307.

ce pas encore autre chose qu'une grossesse extra-utérine? C'est ce qu'il n'est pas facile de dire, d'après le peu de détails qui nous ont été donnés.

Quelques auteurs, dit Mac-Clintock, ont supposé que le *missed labour* est, toutes choses égales d'ailleurs, un fait commun *chez les brebis*, les vaches et autres animaux domestiques. Cela n'est pas exact, dit-il : le seul cas qui soit arrivé à ma connaissance est celui du docteur Patton de Tandragee, qui le tenait de l'intendant de ferme du duc de Manchester.

Mac-Clintock rapporte encore un cas observé par le docteur Carson à la Maternité anglesea à Dublin, en 1836 :

Obs. XXXVIII. — Mme Byrne vint à l'hôpital au début du travail à la fin d'une grossesse normale. Elle était primipare; peu d'instants après son entrée, le mari arriva lui faire visite dans un état d'ébriété considérable. Il alarma énormément sa femme et la battit même. Elle se plaignit d'avoir été frappée au ventre. Les douleurs du travail cessèrent et l'enfant ne donna plus signe de vie. Deux mois après, elle entra de nouveau à l'hôpital, très-avancée dans le travail (présentation naturelle, dilatation satisfaisante de l'orifice), mais la tête ne voulut jamais descendre dans l'excavation, quoique les douleurs expulsives fussent très-fortes. On appliqua le forceps au moyen duquel on fit l'extraction d'un enfant femelle après cinquante-trois heures de travail. Le fœtus était en décomposition. Il était emphysémateux au point que son corps était devenu énorme, ce qui avait rendu le travail difficile. Au lieu d'être flasque, le corps était tendu comme un tambour. L'accouchée mourut en moins de deux heures après la délivrance, en apparence par épuisement.

Ce cas est analogue à celui qui précède. Il doit, dit Mac-Clintock, être considéré comme grossesse prolongée plutôt que comme *missed labour*. On ne donne aucune preuve qui démontre que la femme ait été à terme au moment où elle s'est présentée à l'hôpital pour la première fois, où elle a eu des douleurs et où l'enfant est mort. Il est donc permis de croire qu'à ce moment elle était parvenue au commencement du huitième mois de sa grossesse; c'est en effet à ce moment que l'accouchement prématuré a lieu le plus souvent. Il est arrivé alors ce qui

arrive souvent : le fœtus mort est resté dans la matrice jusqu'à terme, alors un nouveau travail l'a définitivement expulsé.

Quand le fœtus meurt dans l'utérus, ajoute Mac-Clintock, n'importe à quel moment, il est de nécessité physiologique qu'il soit expulsé dans un espace de temps variant de quelques jours à quelques mois. Nous ajouterons que le moment de l'expulsion ne dépasse jamais le terme normal. Mac-Clintock croit que, dans quelques rares occasions, la matrice tombe dans un état d'inertie tel, que les restes du fœtus sont retenus dans l'utérus pour un temps indéfini et sont expulsés en fragments brisés, décomposés. C'est là une opinion que les observations rapportées par l'auteur n'autorisent pas à admettre.

Mac-Clintock lui-même devait penser que la grossesse n'était pas arrivée à terme lorsque la femme vint à l'hôpital; car cette observation lui suggère l'idée qu'on pourrait admettre deux espèces de retard dans l'expulsion du produit de la conception : l'un, *missed abortion* (avortement manqué), lorsque le fœtus n'est pas encore arrivé au terme de sa viabilité, et *missed mature labour* (accouchement manqué), quand il était supposé arrivé à sa maturité complète.

Il ajoute qu'on peut très-bien se tromper malgré l'examen exact et les questions qu'on adresse aux clientes, alors même qu'elles n'ont pas de motif pour induire en erreur. On est quelquefois dans un état de perplexité très-grande pour trouver la vérité. La présence de quelques os fœtaux dans les parties génitales est une grande lumière, dit-il. Pour nous, cela ne prouve qu'une chose, c'est que ces os sont venus là par un orifice qui s'ouvre dans le vagin, mais sans qu'on puisse dire si c'est par l'orifice de la matrice ou par celui d'une fistule kysto-vaginale. Cela n'est donc pas une preuve convaincante à notre point de vue.

L'auteur ajoute encore que l'emploi de la sonde utérine avec tous les ménagements nécessaires peut aussi venir en aide, en faisant découvrir des portions d'os fœtaux dans la cavité utérine. Nous ferons remarquer que, pour cela, il faudrait être sûr d'avoir pénétré dans la cavité utérine et non dans l'orifice d'un kyste fœtal, ce qui n'est pas toujours aisé,

surtout si on introduit la sonde sans l'aide du spéculum, et qu'en outre un des culs-de-sac est distendu de façon à faire remonter le col de l'utérus si haut qu'on ne peut plus l'atteindre par l'exploration; ou encore, si le kyste fœtal extra-utérin a contracté des adhérences avec une des faces de l'utérus, de façon à l'entraîner quand le kyste descend, et à le faire basculer de telle sorte qu'on n'atteint plus le col: il est très-naturel, dans ces cas, de prendre pour l'orifice de la matrice le seul orifice qu'on rencontre sur la voûte vaginale, surtout si on y sent des os fœtaux au travers.

Mac-Clintock cite enfin, ainsi que Schrœder, le cas de Menzies[1] d'une *grossesse prolongée jusqu'au dix-septième mois par un cancer utérin.*

Obs. XXXIX. — Vers la fin de février 1852, je fus appelé, dit Menzies, pour visiter Mistress S... C'est une femme d'une taille élevée, âgée de 28 ans, mariée depuis cinq ans et mère d'un enfant. Cette femme s'attendait à accoucher de jour en jour. Elle se plaignait depuis trois jours d'une douleur aiguë à la partie inférieure de la région inguinale gauche, augmentant d'intensité sous l'influence des mouvements. Cette région était sensible au toucher, mais dépourvue de tout gonflement; on ne remarquait rien dans l'aspect extérieur de l'abdomen. Anxiété générale, langue sèche et couverte d'un enduit blanchâtre. Pouls 104, peau chaude, constipation.

La malade se trouva soulagée les jours suivants, et sortit de l'hôpital. A la fin de mars, je reçus avis qu'elle était en travail. Je la trouvai au lit, se plaignant de douleurs intermittentes, commençant au centre de l'abdomen, s'étendant au dos et jusqu'à la région hypogastrique. Elles duraient depuis vingt heures et n'étaient pas fréquentes. La tumeur utérine était très-proéminente, présentant, de profil, une surface plane très-dure au palper; cette dureté n'augmentait pas pendant les douleurs; elle s'étendait jusqu'à l'épigastre, mais elle me parut un peu descendue depuis mon dernier examen. L'orifice du col était fermé, ses lèvres étaient dures, non influencées par les douleurs. Le vagin était humide et froid. Anxiété. Pouls fréquent et un peu faible. Langue blanche. Le travail ne fit aucun progrès et rien ne changea le jour suivant.

[1] *Glasgow Med. Journ.*, vol. I, nº 2, July 1853, p. 129. — Chantreuil, *Du cancer de l'utérus*, 1872, p. 86. — *M. f. G.*, V, 207.

Vers la fin d'avril ou au commencement de mai 1851, quoique nourrissant son premier enfant, un garçon de douze mois, elle eut ses règles pour la première fois depuis son accouchement. Elle sevra son enfant, mais ne revit plus ses règles un mois après.

Au milieu de février, les mouvements cessèrent. Elle les avait sentis en octobre 1851.

La tumeur abdominale était très-proéminente et d'une forme ovoïde, dure, quoique fluctuante; quand elle était tranquille, elle se trouvait exactement sur la ligné médiane. Par le vagin, on sentait l'*utérus dur*. On ne sentait pas la tête du fœtus. Miction facile et constipation. Défécation difficile et douloureuse. Les douleurs abdominales avaient été violentes et fréquentes pendant la nuit, sans effet sur la dilatation du col de l'utérus; mais la partie inférieure de cet organe descendit sous leur influence dans la cavité pelvienne. Le matin, les douleurs recommencèrent; je donnai de petites doses de tartre stibié, dans le but de produire un relâchement des parties génitales. Ce médicament produisit une détente générale sans effet sur le col.

Le soir suivant, le quatrième jour de son attente, l'état général s'améliora. Dans la dernière partie d'avril, les douleurs devinrent de nouveau plus actives. L'utérus descendit davantage dans l'excavation pelvienne, mais l'examen de son col me convainquit que celui-ci possédait une plus grande somme de dureté. L'orifice externe permettait l'introduction du doigt dans la cavité cervicale jusqu'à un tiers de pouce. Une sonde de femme fut introduite dans la cavité utérine sans rompre les membranes; cette opération détermina l'écoulement de quelques gouttes de sang. Pour dilater le col, j'y introduisis le jour suivant la tente-éponge. Six heures après, il y avait un écoulement subit de douze onces de sang; le toucher me fit constater l'existence d'une masse aplatie, mais bosselée, d'une densité demi-cartilagineuse, adhérente à la lèvre antérieure du col utérin. Je craignis qu'il ne s'agît d'un placenta devenu très-dense par le fait de quelque production morbide développée dans son tissu. Le vagin fut tamponné, des compresses froides appliquées sur la vulve. L'écoulement du sang cessa, mais les douleurs continuèrent sans produire de dilatation de l'orifice.

Je fis appeler le Dr J. Paterson, professeur d'accouchement à l'Université d'Anderson. Il fut d'avis que la petite masse qui partait de la lèvre antérieure était une production étrangère naissant du col et non du placenta malade. La patiente, qui était d'un teint pâle et d'une grande faiblesse, se trouvait probablement atteinte d'une affection maligne.

Une semaine après, un examen attentif me convainquit que le col de l'utérus n'était pas complétement oblitéré, qu'il existait à la partie inférieure une portion

de la cavité cervicale dans laquelle le doigt pouvait pénétrer; ce que j'avais pris pour un placenta malade, n'était autre chose que la lèvre antérieure de l'orifice, épaissie, indurée, bosselée, avec un dépôt interstitiel de tissu morbide. Il n'y avait pas d'écoulement vaginal fétide, et je ne sentis rien de semblable à une surface ulcérée. Pas d'examen au spéculum.

L'activité utérine persistait dans une grande mesure. Pendant les six derniers mois elle croissait.

La tumeur utérine s'était éloignée graduellement de la région épigastrique, en devenant moins volumineuse et moins fluctuante. La résistance devint inégale, les membres du fœtus plus facilement perceptibles à travers les parois utérines. La matrice continua à descendre lentement dans la cavité pelvienne, jusqu'à ce que le col fût à une distance d'un pouce du périnée. Un peu de difficulté dans la miction. Défécation longue et douloureuse.

Le 3 novembre, le Dr Gill constata les symptômes d'une péritonite subaiguë, douleur vive; le 17, mort. Pendant la péritonite, le Dr Paterson avait constaté que la sonde ne pouvait être introduite à plus d'un pouce et demi du col.

*Autopsie.* — Inflammation de la totalité du péritoine, surtout marquée au niveau du fond de l'utérus. A l'incision de l'utérus il s'échappe une certaine quantité de gaz fétide. La tête et les épaules du fœtus sont dans le fond, son siége occupe la partie inférieure de l'utérus dans le petit bassin. Comme le liquide amniotique avait presque complétement disparu, l'enfant était embrassé très-étroitement par les parois utérines et présentait tous les caractères de l'enfant presque à terme...

... L'orifice utérin admettait à peine une plume d'oie et se trouvait rempli par une matière épaisse et molle qui empêchait l'écoulement du fluide de la cavité. La circonférence de l'orifice interne consistait dans un anneau complétement fermé et résistant, aussi dur qu'un cartilage. Le même tissu morbide envahissait la portion inférieure du corps de l'utérus, diminuant d'épaisseur à mesure qu'il atteignait les régions les plus élévées. Dans les portions voisines du col, les fibres musculaires étaient tellement atrophiées, qu'elles étaient plus difficilement appréciables. Dans la partie moyenne et au fond de l'utérus, elles étaient évidentes. Sous l'influence de la pression, un segment de tissu dense laisse échapper un fluide opalescent dans lequel on reconnaît au microscope une quantité de matière granuleuse et quelques cellules nuclées et granuleuses.

Le cas de Menzies est encore pour nous une grossesse extra-utérine.

« La malade se plaignit d'une douleur vive à la partie inférieure de la région inguinale gauche. Anxiété. Pouls 104, peau chaude. » Tous ces signes devaient déjà être suspects, car ce sont les phénomènes pathologiques qu'on rencontre généralement au début d'une grossesse extra-utérine. Chaque fois que l'auteur parle de tumeur utérine, il faut lire kyste extra-utérin.

Au moment du faux-travail, il n'est pas étonnant que, l'utérus se contractant, n'augmente pas la dureté du kyste extra-utérin.

« L'orifice du col était fermé, ses lèvres dures, non influencées par les douleurs. Le vagin était froid. » C'est aussi pendant le travail un phénomène suspect pour une grossesse utérine. « Le travail ne fit aucun progrès. » Naturellement, puisqu'il n'y avait rien à expulser de l'utérus. « La tumeur abdominale était fluctuante. » C'est précisément dans la grossesse extra-utérine qu'on sent plus facilement la fluctuation du liquide amniotique.

Plus tard, au lieu de voir le col se ramollir de plus en plus, il est devenu au contraire plus dur et plus résistant, ce qui éloigne l'idée de grossesse utérine.

Une sonde de femme fut introduite dans la cavité utérine. Il n'est pas étonnant qu'on « n'ait pas rompu les membranes » quand l'œuf n'était pas dans la matrice; il aurait été assez difficile, au contraire, d'introduire la sonde dans un utérus gravide sans ouvrir l'œuf. Les quelques gouttes de sang qui s'écoulèrent venaient de ce que l'orifice interne du col avait été un peu forcé et la muqueuse utérine un peu éraillée, comme cela arrive fréquemment dans un utérus à l'état de vacuité. L'introduction de cette sonde ne rencontrant pas de résistance, prouve précisément que l'utérus était vide.

On dilata le col; cela donna lieu à un écoulement de sang, mais on ne trouva encore rien du fœtus.

« Pas d'écoulement vaginal fétide! » « La malade maigrissait et perdait ses forces ; elle se plaignait d'une sensation persistante de chaleur, de douleur, ayant son siége dans les reins. » Tout cela est naturel dans

une grossesse extra-utérine; ce sont les signes d'un travail d'élimination.

« Les membres du fœtus étaient plus facilement perceptibles à travers les parois abdominales. » Cela parle encore en faveur de la grossesse extra-utérine, où le fœtus n'est séparé des mains que par les parois abdominales.

Les « symptômes de péritonite subaiguë » se constatent dans les grossesses extra-utérines, quand le kyste veut s'ouvrir.

« La sonde ne pouvait être introduite dans l'utérus à plus d'un pouce et demi du col. » Exactement autant que dans un utérus vide.

L'orifice utérin admettait à peine une plume d'oie! tandis que, habituellement, chez les pluripares, l'orifice interne de l'utérus gravide est assez ouvert dans le dernier mois, pour que le doigt explorateur le traverse et arrive jusque sur la partie fœtale qui se présente, recouverte des membranes de l'œuf.

A l'autopsie, on décrit comme corps de l'utérus ce qui n'était que le kyste. On trouve, du reste, que « dans les parties voisines du col les fibres musculaires étaient tellement atrophiées, qu'elles étaient difficilement appréciables » : ce qui n'est pas étonnant du tout pour un kyste extra-utérin.

Menzies lui-même ajoutait : on a relaté beaucoup de cas de grossesses prolongées au-delà du 10e mois, mais dans presque tous le fœtus ne se trouvait pas dans l'utérus.

On peut ajouter que la résistance de la substance utérine au passage de l'œuf fécondé est, à juste titre, considérée comme une cause de grossesse extra-utérine.

Sur 30 cas de cancer de l'utérus gravide au 9e mois réunis par Puchelt, et sur 20 cas plus récents, sur 50 cas par conséquent, la prolongation de la grossesse ne s'est rencontrée qu'une seule fois.

Bien plus, d'après les observations du Dr Lever, dans le *Guy's Hospital*, sur 120 enceintes avec cancer de l'utérus, 40 °/o avaient avorté.

La rupture de l'utérus arrive dans presque un quart des cas.

Après cela on se demande si le cancer de la matrice peut véritablement prolonger la grossesse utérine.

Nous nous demandons, pour notre part, s'il y a eu vraiment *carcinome utérin;* il n'y a pas eu d'écoulement vaginal fétide, et l'observation n'enregistre pas en général les symptômes du cancer utérin! N'a-t-on cru au cancer que parce qu'on a trouvé un col dur (c'est-à-dire normal dans un utérus non gravide), tandis qu'on s'attendait à trouver un col ramolli par le travail?

Nous sommes étonné de voir Schmit[1], auteur d'une thèse qui nie la grossesse prolongée, admettre cependant ce cas de Menzies et relater lui-même une observation de rétention du fœtus qu'il dit avoir recueillie au service de Depaul. Il y est question d'une femme atteinte de cancer du col et du segment inférieur de l'utérus, chez laquelle, d'après lui, la grossesse a duré dix mois et demi à onze mois environ. Mais il ne l'a observée que depuis le 30 juin 1875, où le fœtus était encore vivant et où la femme se croyait déjà au-delà du terme, quoique le fœtus eût continué à vivre jusqu'au-delà du 16 juillet.

L'observation de Schmit ne renferme rien qui permette de conclure d'une façon certaine que la grossesse a duré « plus de dix mois », puisque « la malade a eu depuis deux ans des pertes de sang continuelles, qui ne lui permettaient pas de préciser la dernière époque de ses règles ». On s'appuie sur ce qu'« elle se croyait déjà plus qu'à terme ». Comment peut-on compter dans une question aussi importante sur ce que croit une femme touchant l'époque de sa conception? Comme phénomènes sympathiques de la grossesse, on ne lui trouva que des maux de reins et depuis trois mois seulement. Elle prétendit avoir senti les mouvements de son enfant au mois de février. Mais d'ordinaire il est difficile d'obtenir une date d'une femme autrement que par un calcul qu'elle fait en prenant pour point de départ le moment où elle a cru être devenue en-

[1] *Des grossesses prolongées*, thèse de Paris 1876, p. 61.— *Arch. de Tocol.*, 1876, p. 111.

ceinte, ou le moment où elle se croit près d'accoucher, et ajoutant ou retranchant quatre mois et demi. Supposons du reste cette date exacte, soit fin février, alors l'accouchement devait avoir lieu dans la dernière quinzaine de juillet en ajoutant quatre mois et demi. Or le fœtus était encore vivant le 16 juillet, où l'on constata les battements redoublés, et c'est le 31 juillet qu'a commencé le travail d'expulsion. Si elle a eu un commencement de travail dès le 30 juin, c'est-à-dire un mois plus tôt, cela a pu être provoqué par la maladie de l'utérus; il n'y a là rien d'étonnant. S'il n'y a pas d'autre raison que ce commencement de travail pour faire croire qu'elle était à terme, cela ne prouve absolument rien.

« L'examen de l'enfant montra qu'il était à terme, mais il était si totalement putréfié qu'il a été impossible d'en donner ni mesure ni poids. » Or, c'étaient là les seules données qui auraient permis d'affirmer sa maturité. Comment apprécier l'âge d'un fœtus putréfié ?

Si en outre « il a été hydrocéphale », comme le dit l'observation, c'est encore une cause d'erreur de plus pour apprécier l'état de maturité du fœtus. Comme c'est surtout d'après le volume de la tête que l'on porte d'habitude son jugement, il peut très-bien se faire qu'on croie à terme un fœtus hydrocéphale, putréfié, auquel il ne manquait du reste que quinze jours, d'après nous, pour atteindre le terme (31 juillet) où le travail définitif d'expulsion se déclara.

Le professeur Simpson[1] présenta à la Société obstétricale d'Edimbourg, le 12 juillet 1865, un *fœtus qui a été supposé retenu dans l'utérus pendant plus de douze mois.*

Obs. XL. — Simpson a vu la patiente avec le Dr Finlay, de Newhaven, six jours avant la mort. *Elle s'attendait* à accoucher à la fin de janvier ou au commencement de février, sa dernière menstruation ayant eu lieu neuf mois avant cette période; mais elle n'accoucha pas à l'époque désignée. Le 13 avril, le Dr Finlay fut appelé auprès de la femme qui perdait une matière charnue et putride par le vagin. Dans cette masse, que le Dr Finlay supposa être le placenta, on apercevait

[1] *Edinburgh medical Journal*, déc. 1865, vol. XI, p. 575.

quelque chose de ressemblant au cordon ombilical. Huit ou dix jours après, la femme perdit de l'eau sanguinolente. L'expulsion de la masse charnue n'était n[1] accompagnée, ni suivie de douleur.

Le 8 mai, le Dr Finlay retira du vagin un os du tarse fœtal. Le professeur Simpson visita cette femme le même jour avec le Dr Finlay. Il introduisit une sonde à la profondeur de quelques pouces dans l'intérieur *de la matrice.* (?) L'instrument heurta contre des os. L'orifice de la matrice était presque fermé, mais laissait échapper une matière grumeleuse d'une fétidité intolérable. Simpson recommanda le seigle ergoté, et conseilla, en cas d'absence de contractions utérines, de dilater le col avec des tentes d'éponge préparée. La malade succomba le 14 mai. Elle était dans sa 26e année et avait eu deux enfants à terme.

*Autopsie.* — Le fœtus fut trouvé dans la position ordinaire, se présentant par les fesses et réduit en une masse tellement ferme, qu'au premier abord il semblait impossible de distinguer une partie de l'autre. Il était converti en une substance ressemblant à de l'adipocire et répandait une odeur extrêmement désagréable. La matrice était adhérente aux *parois abdominales* en avant et sur les côtés, à l'intestin grêle en arrière, et au côlon en haut. Une ouverture plus large qu'une demi-couronne faisait *communiquer le côlon transverse avec la cavité utérine.* Les parois de l'utérus étaient minces comme du parchemin et formées par du tissu aréolaire mélangé avec des fibres musculaires lisses en dégénérescence graisseuse.

Grossesse extra-utérine manifeste d'après nous, avec erreur d'autopsie. Au lieu de pénétrer dans la matrice avec la sonde, on a dû pénétrer dans le kyste fœtal extra-utérin.

Ce qu'on a pris pour la matrice, à l'autopsie, n'était évidemment autre chose que le kyste fœtal extra-utérin ; c'est lui qui communiquait avec le côlon transverse. Jamais on n'a vu, ce qui serait surtout impossible dans un espace de temps aussi court (trois mois au-delà du terme), la matrice s'ulcérer à sa partie supérieure et communiquer avec le côlon transverse. Du reste l'auteur fait la remarque que ce qu'on a pris pour l'utérus avait des parois minces comme du parchemin ; par conséquent beaucoup plus minces que n'en a d'ordinaire la matrice.

Ces parois étaient formées de « tissu aréolaire mélangé avec des fibres musculaires lisses en dégénérescence graisseuse », donc surtout de tissu aréolaire ou connectif mélangé avec quelques fibres lisses en dégéné-

rescence graisseuse. Le tissu connectif est précisément le tissu qui forme les parois des kystes ; il est relativement rare dans la matrice, où le tissu dominant est la fibre lisse qui ici était rare au contraire. Et comment a-t-on constaté ces fibres lisses? A-t-on cru devoir admettre leur présence d'après l'aspect extérieur, macroscopique, du tissu, parce qu'on a pris les parois du kyste pour celles de l'utérus, et que dans l'utérus il n'est pas permis de n'en pas trouver? On ne dit pas que c'est le microscope qui a confirmé l'examen à l'œil nu. De la manière dont cela est dit, il semble qu'on a vu surtout du tissu connectif, qu'on met du reste en première ligne, tandis qu'on ose à peine avancer qu'il y avait des fibres lisses; puisqu'aussitôt après on ajoute un correctif pour atténuer ce qu'on avance, en disant que ces fibres lisses étaient en dégénérescence graisseuse. De cette description de la structure des parois on n'est pas autorisé à conclure qu'on avait eu affaire aux parois d'un utérus.

Si vraiment il y avait des fibres musculaires lisses, on a dû sans doute avoir affaire à une grossesse tubaire ou tubo-ovarique. Le Dr Latteux a bien décrit des fibres lisses dans le kyste d'une grossesse péritonéale publiée par Depaul[1]; mais, d'après nous, ce serait un fait à vérifier, car nous nous figurons difficilement la génération de fibres lisses dans une enveloppe pseudo-membraneuse même riche en vaisseaux, formée dans une région comme le péritoine, où il n'y a pas de fibres lisses. Cela se comprendrait parfaitement du kyste d'une grossesse tubaire ou tubo-ovarique : là où il y a normalement quelques fibres lisses, il peut s'en produire un très-grand nombre sous l'influence d'un excitant comme la distension d'un oviducte par un œuf.

L'observation n'est pas assez circonstanciée, les rapports anatomiques du kyste sont indiqués trop incomplétement pour qu'on puisse juger si la grossesse était vraiment péritonéale ou si elle était tubaire, puisque « une sonde introduite dans le conduit de la trompe gauche pénètre faci-

[1] *Arch. de Tocol.*, 2e année, p. 74, fév. 1875.

lement dans l'intérieur du kyste », tandis que « la trompe droite est réduite à un mince filament non perméable ». Était-ce bien là la trompe? ou bien n'y a-t-il pas eu plutôt quelque erreur d'autopsie?

Le Dr Keiller[1] a décrit un cas à peu près semblable.

Obs. XLI. — La femme lui avait été adressée au Royal Infirmary comme atteinte d'une maladie grave de l'utérus. Elle avait un écoulement très-fétide qu'on a considéré comme le symptôme d'une affection cancéreuse. La patiente déclara qu'elle avait été fréquemment cautérisée. En l'examinant, le Dr Keiller découvrit la cause de la fétidité de cet écoulement : c'étaient des os de fœtus qu'il rencontra au passage et dont il fit l'extraction.

Cette observation est trop incomplète pour être discutée. Tout ce qui y est dit prouve seulement qu'il y a eu grossesse, mais n'indique pas si elle a été utérine plutôt qu'extra-utérine. On ne dit pas non plus si la durée de la rétention a dépassé le terme : « on rencontra des os de fœtus au passage. » Mais tout ce qui en a été dit fait supposer un kyste extra-utérin ouvert dans le vagin.

Le Dr Halley[2] a communiqué à la Société obstétricale de Londres un *cas remarquable de rétention dans l'utérus d'une grande portion du squelette d'un fœtus pendant quatre ans.*

Obs. XLII. — Mme E. H., âgée de 35 ans, devenue enceinte pour la seconde fois en novembre 1860, fut délivrée d'un enfant mort en juillet 1861, et *redevint enceinte* pour la troisième fois *en mai 1862*. Au mois d'août elle eut une perte qui dura près d'un mois, et au bout de laquelle il partit des membranes avec des masses charnues. Ce départ fut suivi d'un écoulement fétide qui dura deux mois. De temps en temps elle perdit même des os. A partir de ce moment, elle eut pendant deux mois un écoulement peu abondant, sanguinolent, mais les règles ne revinrent pas. Ces écoulements étaient de temps en temps fétides et suivis de départ d'os. Enfin, tous ces symptômes cessèrent pendant quelques mois.

En mai 1863, la malade consulta le Dr Churchill, de Dublin, qui pensa que

[1] *Edinb. med. Journ.*, déc. 1865, vol. XI, p. 575.

[2] *The Lancet*, vol. II, p. 72, London, July 1867.

tout devait être parti. Mais deux ou trois mois après, il partit une côte, accompagnée d'un écoulement très-fétide qui ne cessa qu'en février 1866. Au toucher, l'utérus fut trouvé large, incliné en avant, le col court, l'orifice légèrement entr'ouvert. Le tout donna l'idée de l'existence d'un corps anormal dans sa cavité. Le 9 mars, le Dr Hall Davis la vit en consultation avec le Dr Halley. On fit une injection d'eau chaude dans l'utérus. Cette injection fut suivie de quelques mucosités et de caillots de sang. On conclut qu'il n'y avait rien à espérer sans dilater complétement le col.

La malade retourna chez elle dans le nord de l'Irlande et consulta de nouveau le Dr Churchill, qui approuva la dilatation de l'orifice et l'exploration de la cavité utérine. La malade se rendit alors de nouveau à Londres pour se remettre aux soins des Drs Halley et Hall Davis. Le *10 mai 1866,* après avoir chloroformé la malade, on introduisit une tige de laminaria qui fut laissée en place 24 heures et remplacée par une éponge préparée qui resta en place douze heures. L'orifice étant alors convenablement entr'ouvert, le Dr Davis retira, au moyen d'une longue pince, 59 pièces d'os. Cette opération fut accompagnée d'un écoulement très-fétide. Le lendemain, vingt-sept autres os furent retirés de la même façon; un autre partit spontanément: total, 87. Chacune de ces opérations dura de deux à trois heures pendant lesquelles la malade était restée chloroformée. Depuis, la dame E. H. se porte parfaitement bien. L'écoulement sanieux a cessé et la menstruation a reparu d'une façon régulière.

Il n'est nullement prouvé que dans ce cas le fœtus se soit trouvé dans la cavité utérine, même si on admet qu'on a retiré des os par le col. L'autopsie seule aurait pu donner la clef de cette anomalie. Quoique l'observation soit accompagnée d'une foule de détails qui sembleraient prouver la présence d'os fœtaux dans la matrice, l'illusion n'a pas moins pu exister, malgré l'autorité ordinaire des hommes qui ont pris part à cette observation.

Tout récemment Greenhalgh[1] a analysé dix faits de *missed labour;* neuf de ceux qui ont été rapportés plus haut et un autre du même genre recueilli par lui-même, et qu'il fait suivre de considérations sur la marche, la terminaison, le diagnostic et le traitement.

[1] *S. Bartholomew's Hospit. Reports*, vol. XI, p. 1. 1875.

Barnes[1], un des auteurs anglais les plus modernes, ne croit plus au *missed labour :* « Il est peu douteux pour moi, dit-il, que quelques cas de *missed labour,* qui se terminent par la sortie d'os fœtaux par le vagin et le col utérin, soient des cas de grossesse interstitielle, ou de gestation dans l'une des cornes d'un utérus bicorne. »

La grossesse pourrait-elle se prolonger dans un *utérus bicorne?* Il n'existe de ce fait que deux exemples, l'un publié par Kœberlé[2], l'autre par Turner[3]. En attendant que l'autopsie puisse se faire, il est permis de croire que même Kœberlé a pu prendre un kyste extra-utérin pour une corne d'une matrice bicorne. Rien dans son observation n'exclut cette idée. Dans le cas de Turner la gestation serait même allée jusqu'à terme, ce qui ne s'est jamais vu pour une grossesse dans une corne rudimentaire. En effet, dans l'utérus bicorne, la corne chargée du produit de la conception, si elle est bien développée et en communication avec le col, a plutôt de la tendance à expulser son contenu avant terme, et cela se conçoit : ce n'est qu'une moitié de matrice. Si la corne qui renferme l'œuf n'est pas en communication avec le col, la grossesse se termine comme dans la grossesse tubaire, avec laquelle on l'avait confondue jusqu'au jour où M. Stoltz eut découvert qu'on s'était trompé et eut démontré que plusieurs cas pris jusqu'à lui pour des grossesses tubaires n'étaient autres que des grossesses dans la corne d'un utérus bicorne[4].

[1] *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. Cordes, 1875, p. 379.

[2] Opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas de grossesse dans un utérus bicorne 21 mois après la mort d'un fœtus au 7e mois (*Gaz. méd. de Strasbourg*, août 1866, p. 157. — *Gaz. hebd.*, 1866, p. 537).

[3] Six mois après le terme, la femme mourut de phthisie; à l'autopsie, on crut trouver le fœtus dans la corne gauche oblitérée (*Edinb. med. J.*, mai 1866, p. 974).

[4] Stoltz, *Note sur le développement incomplet d'une des moitiés de l'utérus*, etc., présentée à l'Académie des sciences de Paris en 1856. Cette note était encore inédite lorsque Kussmaul, alors professeur à Heidelberg, qui paraît en avoir reçu communication, on ne sait comment, rapporta la plupart des faits qui y sont consignés, sans en nommer l'auteur (*Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter*, etc. Würzburg, 1859). C'est ce qui décida M. Stoltz à publier son travail (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 24 mars 1860, p. 33-39).

# CONSIDÉRATIONS FINALES.

---

### 1. Réflexions sur la première partie (Prolégomènes).

Pour arriver au résultat que la durée de la grossesse ne peut pas dépasser neuf mois avec les concessions que l'on peut raisonnablement accorder, nous avons commencé par établir la durée normale de la gestation. En parcourant les différents auteurs, nous avons surtout analysé avec détails ceux qui ont observé une relation entre les époques menstruelles et le terme de la gestation. Cela nous a conduit à l'étude de la fécondation, au sujet de laquelle nous avons rapporté les idées nouvelles, et nous avons cru devoir nous arrêter à l'opinion qui ne voit dans la durée de la gestation que l'évolution d'un œuf fécondé jusqu'à sa maturité, et que la menstruation suivante expulserait s'il était resté jusque-là. Les travaux modernes ont, en effet, constaté que la menstruation n'est que la desquamation de la caduque utérine, entraînant une hémorrhagie et par suite des contractions pour expulser cette muqueuse et ce sang.

Cette menstruation arrive chez la femme après neuf mois et chasse de l'utérus le fœtus qui se serait attardé jusque-là, comme elle expulserait tout ce qu'il contient et qui n'est pas attaché à lui, comme des corps hétérogènes ou des néoplasmes qui font corps avec lui, et que malgré cela il a de la tendance à expulser; et la meilleure preuve en sont les polypes qui descendent de temps à autre, et qu'on a ridiculement appelés dans ces derniers temps « polypes intermittents ».

Nous attachant alors plus particulièrement à la durée de la prolongation que les différents auteurs croient devoir accorder, nous avons trouvé l'irrésolution dans l'esprit des plus sensés; mais les accoucheurs

modernes les plus éminents déclarent que la grossesse ne saurait se prolonger plus de quinze jours au-delà du terme ordinaire.

Nous avons ensuite cherché à montrer que les causes de la prolongation qu'on a cru devoir admettre ne sont aucunement admissibles, et nous avons signalé un certain nombre de sources d'erreur qui faisaient souvent croire à une prolongation qui n'existait nullement.

Ces préliminaires devaient servir d'introduction à notre manière de voir, savoir : que la grossesse ne peut se prolonger au-delà de quelques jours, que le fœtus soit vivant ou mort ; à plus forte raison que celui-ci ne peut rester dans la matrice des années, et jusqu'à la mort de la femme.

**2. De la régression graisseuse de la caduque sérotine et du placenta, et de l'occlusion du trou de Botal, envisagées comme causes du début de l'accouchement et de la mort du fœtus retenu.**

Personne ne croit plus aujourd'hui que le fœtus peut continuer à *vivre* dans la matrice au-delà du terme normal de son développement. Au début de notre travail, ne nous figurant pas que la science pût être encombrée de tant d'observations erronées de grossesses utérines prolongées, nous croyions devoir étendre nos études plus loin et nous pensions d'abord pouvoir trouver une cause absolue qui s'opposât à ce que la vie du fœtus dans la matrice se prolongeât au-delà du terme. Cette cause devait, d'après nous, se trouver dans le placenta qui subirait une dégénérescence graisseuse ; car arrivé au terme de son développement, le placenta, organe inutile, puisque le nouveau-né doit oxygéner son sang dans le poumon, est destiné à disparaître et doit subir la régression graisseuse en obéissant simplement à la loi commune imposée aux organes transitoires arrivés au terme de leur évolution ascendante.

Nous nous sommes mis, dans ce but, à recueillir tous les placentas que pouvait nous fournir la clinique, et M. Morel, professeur d'histologie à la Faculté de médecine, a bien voulu en examiner seize avec nous, au microscope.

Dans les trois quarts des cas nous avons, en effet, trouvé une dégénérescence graisseuse très-prononcée, certaine, incontestable, envahissant les parties rouges centrales, aussi bien que les taches jaunes périphériques : on trouvait quelquefois tant de graisse dans les villosités, qu'on ne voyait que des amas tout noirs, dessinant les contours des villosités. L'acide osmique faisait surtout bien paraître cette graisse en lui donnant une coloration noire comme de l'encre.

Comme M. Morel nous l'a fait remarquer, la plupart du temps les villosités graisseuses ne contenaient pas de sang, tandis qu'on pouvait voir, à côté, des villosités qui n'étaient encore que peu infiltrées de graisse, et qui étaient magnifiquement injectées. Cela est-il constant? Cette absence de sang dans les villosités qui contiennent de la graisse en quantité un peu notable, expliquerait très-bien que ces villosités ne peuvent plus fonctionner.

Mais sur d'autres placentas nous avons trouvé des infiltrations graisseuses trop localisées pour qu'on pût en tirer une conclusion; nous avons même trouvé une fois l'épithélium intact.

C'est là une étude à reprendre sur une base plus étendue. Nous n'avons donc pas eu de résultat assez constant pour pouvoir affirmer que la cause de mort du fœtus, s'il continuait à rester dans la matrice, résiderait exclusivement dans le placenta fœtal.

Dans le cours de nos recherches sur cette question, nous sommes du reste arrivé à penser que la dégénérescence du placenta fœtal n'est que secondaire, et qu'elle commence au contraire dans la caduque sérotine ou interutéro-placentaire, qu'on a improprement appelée « placenta maternel » ; et que c'est là que réside la vraie cause qui empêche le fœtus de continuer à *vivre* dans la matrice. Voici comment nous nous figurons le processus. La dégénérescence graisseuse commence d'abord dans l'épithélium de la caduque vraie, dans les derniers temps de la grossesse; la caduque sérotine n'en doit être envahie que plus tard, puisque la circulation y est plus active à cause des échanges avec le placenta fœtal.

Cette dégénérescence graisseuse des cellules qui se trouvent entre

l'œuf et l'utérus détruit les connexions organiques qui existaient jusque-là entre ces deux tissus. Lorsque ce travail de régression subi par la caduque est complet, l'œuf se trouve pour ainsi dire isolé de l'organisme maternel et expulsé alors comme corps étranger de la cavité utérine. Lorsque cette dégénérescence sera complète dans la sérotine, les échanges entre la mère et le fœtus seront interrompus et le placenta fœtal lui-même passera à la régression graisseuse, et cette *caducité* du placenta rendra la circulation placentaire de plus en plus impossible. Voilà ce qui serait, d'après nous, la cause forcée de l'accouchement et surtout celle de la mort du fœtus après le terme.

Il y aurait eu à étudier la caduque sérotine à ce point de vue. Chez la femme cela est impossible, à moins qu'on n'ait une mort pendant le travail de l'accouchement ou peu avant. Mais cela est possible chez la vache. Nous nous trouvions donc là en face de toute une étude nouvelle et des plus intéressantes que nous avions commencée, mais que nous avons dû abandonner malgré nous, et que nous pourrons reprendre un jour[1].

A défaut de cette cause de l'accouchement, qui nous paraît la plus directe, nous pourrions en citer une autre non moins efficace, et en vertu de laquelle le fœtus ne peut également rester en vie qu'à la con-

[1] Tout récemment Leopold, de Leipzig (*Die Uterusschleimhaut während der Schwangerschaft u. der Bau der Placenta*, in *Arch. f. Gyn.* 1877, Bd. XI, Heft 3, p. 443-500), a remarqué que la caduque réfléchie et la caduque sérotine, et même la caduque vraie, devenaient de plus en plus minces dans les derniers temps de la grossesse. Il a surtout vérifié ce que Friedländer avait décrit avant lui : la formation spontanée, constante et normale, à la fin de la gestation, de *thromboses* veineuses *dans la couche musculaire* de l'utérus située près de la sérotine *et dans la sérotine* elle-même (d'ap. Leopold). Ces thromboses obstruent les veines atteintes, d'où hyperémie collatérale et stase du sang maternel qui revient du placenta. Leopold se demande si ce n'est pas une des causes des premières douleurs et du début de l'accouchement, car Brown-Séquard a fait remarquer que l'irritabilité de l'utérus augmentait constamment à mesure qu'on avance dans la grossesse, de sorte qu'à la fin la présence d'acide carbonique dans le sang maternel (qui est d'après Brown un excitant énergique des contractions) suffirait pour provoquer les douleurs d'enfantement.

dition de passer dans le stade de l'existence extra-utérine. C'est l'*occlusion progressive du trou de Botal* par une double cloison, antérieure et postérieure, dont les bords, ainsi que nous l'avons observé, se rapprochent de plus en plus vers la fin de la grossesse, jusqu'à finir par se superposer au moment de l'introduction de l'air dans les poumons du nouveau-né et à se souder l'une à l'autre peu de temps après.

Voici comment se produit cette cloison inter-auriculaire :

D'avant en arrière se forme un repli musculeux semi-lunaire, qui fait saillie dans l'intérieur de l'oreillette et s'avance vers la paroi gauche de la veine cave inférieure. Ce repli occupe à la fin toute la cavité des oreillettes, et alors l'éperon membraneux, qui est formé par la moitié de la paroi de la veine cave, et qui, d'arrière en avant, fait saillie dans l'oreillette gauche, se déplace vers la droite et s'applique sur la cloison musculeuse pour se souder à elle. Aussi, quand la circulation fœtale est entravée, se développe-t-il à l'instant chez le fœtus un instinct nouveau : on le voit exécuter, même encore enfermé dans son amnios, des mouvements d'inspiration[1]. — Nous nous contentons d'indiquer ici très-sommairement cette idée, nous proposant bien d'y revenir plus tard, pour lui donner les développements dont elle nous paraît susceptible.

### 3. Réflexions sur la deuxième partie.

Nous avons ensuite rapporté les observations, et d'abord quelques-unes de celles des siècles passés où l'on croyait que le fœtus mort pouvait rester longtemps, des années même, dans l'intérieur de l'utérus, qu'il pouvait y être consumé et réduit à l'état de squelette. Nous croyons avoir prouvé que tous ces cas sont des cas de grossesse extra-utérine. Nous n'avons pas fait mention de tous ceux des siècles passés, où la grossesse extra-utérine est trop évidente, et où l'erreur ne se comprend

[1] Béclard avait constaté ce fait sur une chatte, et crut y trouver une preuve de l'intussusception de l'eau de l'amnios. Dugès l'a également observé sur une souris.

que si l'on tient compte des idées incomplètes qui régnaient à cette époque sur l'endroit où se fait la fécondation et où l'œuf fécondé peut s'implanter et se développer.

Ayant trouvé en Carus un des défenseurs les plus illustres et les plus récents de la grossesse utérine prolongée, celui que presque tous les auteurs allemands ont invoqué et par lequel ils se sont évidemment laissé induire en erreur parce que c'était un homme d'une grande valeur, nous avons rapporté ses idées et cherché à démontrer qu'elles sont insoutenables aujourd'hui. A ce sujet nous avons passé en revue la question en médecine vétérinaire et essayé de prouver que si l'on a cru devoir admettre des rétentions dans les cornes utérines de certains mammifères, ce fait ne peut se transporter dans l'espèce humaine, où les cornes ressemblent à la trompe de Fallope, et donnent alors de véritables grossesses extra-utérines. La structure de la matrice humaine diffère du reste trop de celle des autres mammifères pour que les faits soient comparables, et la plupart du temps les faits de rétention rapportés se réduisent à des espèces de momification d'un fœtus jumeau retenu seulement jusqu'à terme.

Nous avons vu ensuite que dans les cas d'avortement interne la rétention jusqu'à terme du fœtus est un fait très-fréquent, mais qu'il n'y a pas d'exemple authentique d'œuf avorté retenu longtemps au-delà du terme ordinaire de la gestation.

Dans les observations de ce siècle qui ont été acceptées par des esprits judicieux, mais souvent sans examen suffisant, nous pensons qu'on s'est trompé, et qu'on n'avait affaire qu'à des grossesses extra-utérines; nous ne faisons exception que pour celles où quelques parcelles d'os ont été incrustées dans les parois utérines, mais il y a loin de là à la rétention d'un fœtus entier, surtout s'il a dû subir les modifications qui n'ont été vues que dans les kystes extra-utérins, telles que sa transformation en corps gras et en lithopædion.

Nous avons parcouru tous les recueils anciens et modernes, toutes les revues et tous les journaux français, allemands, anglais, italiens, et

nous croyons pouvoir affirmer que nous avons réuni ici tous les cas un peu sérieux qui ont été donnés comme grossesses utérines prolongées (non compris les accouchements retardés qui n'entrent pas dans notre sujet). Mais aucune des observations rapportées jusqu'à présent ne peut soutenir une critique fondée sur les connaissances anatomiques et physiologiques actuelles; aucune ne prouve d'une manière positive la rétention pendant plus de dix mois du fœtus vivant ou mort. Sur une cinquantaine d'observations il n'y en a que deux ou trois qui pourraient provoquer un doute; mais elles sont si incomplètes et présentent encore des points si obscurs, qu'on ne peut pas y ajouter foi jusqu'à présent.

La plupart du temps la menstruation revenait après dix mois comme après les grossesses ordinaires; or il est impossible qu'il y ait des règles véritables venant d'un utérus qui renferme un produit de conception uni intimement à sa face interne, et faisant pour ainsi dire corps avec lui jusqu'au moment où l'accouchement produit le décollement de l'œuf et sa séparation définitive. Comment veut-on que dans ces conditions la caduque se desquame et entraîne une hémorrhagie tant que cette muqueuse est intimement soudée aux membranes de l'œuf?

Et ceux qui croient, sur le vivant, que la grossesse est utérine, comment savent-ils que c'est l'utérus s'ils ne sont pas arrivés à sentir nettement les os à travers l'orifice du col, et s'ils n'ont pas cherché à s'assurer que la matrice n'était pas vide en l'explorant avec la sonde utérine? Mais là encore combien de causes d'erreurs! Combien n'y en a-t-il pas qui ont pris pour le col ce qui n'était qu'un orifice fistuleux dans le cul-de-sac troué, faisant communiquer le kyste extra-utérin avec le vagin, en touchant, aussi bien qu'en sondant. Donc, chaque fois qu'il n'y a pas d'autopsie, on ne peut rien affirmer; et à l'autopsie même, après un certain nombre d'années de durée de la grossesse extra-utérine, la matrice vide est souvent tellement difficile à reconnaître, englobée qu'elle est dans des masses de tissus de formation nouvelle entourant le kyste, qu'on a fréquemment dû croire à une matrice là où il n'y avait qu'un kyste, erreur commise même par des anatomistes des plus compétents.

Toutes ces élucubrations de Carus, ces vues de l'esprit, ne suffisent donc plus; il faut des faits, et les faits donnés jusqu'à présent ne permettent pas de croire à la rétention. Elle est donc et reste inadmissible, tant qu'on n'en aura pas produit des preuves nouvelles. Il aurait fallu qu'à l'autopsie on se fût bien enquis de l'absence de l'utérus dans le petit bassin, et qu'on eût constaté la présence de nombreuses fibres musculaires lisses dans les différentes portions de la poche fœtale, bien isolées des parties voisines, pour qu'on ne prenne pas pour des fibres du kyste les fibres lisses de la matrice collée contre lui, ou celles des trompes ou du pavillon, ou de n'importe quel organe abdominal qui l'environne et qui en renferme.

Notons encore qu'on ne cite pas un cas de rétention pour rétrécissement pelvien, qui devrait cependant en être la cause principale; dans ce cas, en effet, le fœtus est bientôt putréfié quand les membranes se rompent, et la femme meurt de septico-pyoémie si le fœtus n'est pas extrait.

Le *missed labour*, le travail manqué, est pour nous simplement le travail qui se déclare à terme dans les grossesses extra-utérines (remarqué déjà par les anciens dans une observation de Cyprianus citée par Baudelocque), mais travail qui n'aboutit pas, ce qui donne lieu alors à une grossesse prolongée indéfiniment, mais extra-utérine et non utérine comme on le croyait.

Nous ne voulons pas nous arrêter à réunir ici tous les symptômes qu'on a signalés dans les prétendus cas de rétentions fœtales; nous serions obligé de relater tout ce qu'on a observé dans les grossesses extra-utérines abdominales, et pas autre chose. Il en est de même pour la marche, le pronostic et le traitement, dont la discussion ne pouvait entrer dans notre plan.

# NOTE ADDITIONNELLE

Les pages qui précèdent étaient déjà imprimées lorsque nous avons encore trouvé quelques observations intéressantes que nous réunissons ici sous forme d'appendice.

Et d'abord, relativement à la question que nous avons traitée dans les prolégomènes[1], il nous semble que le moment de *l'accouchement correspond* plus souvent qu'on ne croit *à une époque menstruelle.* Seulement, sous l'influence de la grossesse, le cycle de la menstruation doit fréquemment se modifier et surtout diminuer de durée; alors l'accouchement, au lieu d'arriver à la dixième époque, ne vient qu'à la onzième; dès lors les intervalles entre deux menstruations successives ne peuvent pas servir de moyen de calcul pour fixer à l'avance la date de l'accouchement. Ainsi, nous avons pu observer une jeune femme très-intelligente et très-sensible, d'un tempérament nerveux assez prononcé, qui a pu très-bien analyser ce qui se passait en elle, et qui nous a fait remarquer que l'époque de ses suppressions avançait peu à peu d'un certain nombre de jours sur le moment où elles auraient dû arriver, si elle avait continué à avoir le rhythme de la menstruation qu'elle avait avant sa grossesse. A cette époque, l'intervalle d'une menstruation à l'autre était toujours exactement de 28 jours. En considérant le moment des différentes suppressions pendant la grossesse, nous avons pu constater que les 4 premières ont été distantes de 27 jours, les 4 suivantes de 26 à 27 jours, et que la neuvième et la dixième se manifestèrent après 26 jours. Après une nouvelle période de 25 jours, au lieu d'une

[1] A placer à la fin du § 1 du chapitre II de la première partie, p. 15.

onzième manifestation menstruelle, eut lieu l'accouchement, 275 jours et 16 heures ou 275 jours 2/3 après le coït fécondant, 290 à 291 jours après le début de la dernière menstruation,

Mme Léonie B. eut sa dernière époque dans la nuit du 17 au 18 octobre 1876. La première suppression correspondit au 13 novembre (*27 jours*) : la patiente se plaignit de pesanteurs dans les régions lombaires et de sensations qui marquent d'habitude l'approche de la menstruation. La deuxième suppression eut lieu le 10 décembre, *27 jours* après la première ; la troisième, le 6 janvier (*27 jours*) ; la quatrième, le 2 février (*27 jours*) ; la cinquième, le 28 février (*26 jours*) ; la sixième, le 27 mars (*27 jours*); à la septième, le 22 avril (*26 jours*), la patiente sentit des contractions qui furent constatées par le médecin, accoucheur très-expérimenté.

La huitième époque correspondit au 19 mai (*27 jours*); la neuvième, au 14 juin (*26 jours*), où il y eut des contractions si fortes qu'on crut à un commencement de travail. A la dixième époque, le 10 juillet (*26 jours*), nouvelle alerte, petites crampes depuis 9 heures du soir jusqu'à 6 heures du matin. Un nouvel intervalle de *26 jours* nous mène au 5 août, date qui correspond à la onzième époque menstruelle. Or, le 2 août se manifestèrent les prodrômes de l'accouchement qui se termina le surlendemain à 11 1/2 heures du soir, c'est-à-dire tout près de 26 jours après la dernière suppression, ce qui place bien la date de l'accouchement à la onzième époque menstruelle.

---

Voici quelques observations que nous pouvons ajouter à celles que nous avons rapportées à propos de la question du *missed labour* en Angleterre[1].

Le Dr Williams Wynn présenta à la Société obstétricale de Londres (séance du 5 octobre 1864)[2], sous le nom de *missed labour*, les trois cas suivants :

Obs. XLIII. — Dans le premier, dit-il, le travail avait commencé *neuf jours* avant ma visite, le liquide amniotique s'était écoulé et depuis lors la patiente ne sentit plus les mouvements de l'enfant. L'orifice utérin était facilement dilatable ; je fis la version et délivrai la femme.

[1] A intercaler p. 151, avant le cas de Simpson.

[2] *Obstetrical Transactions*, VI, 208-213, London 1865.

Obs. XLIV. — Dans le deuxième cas, chez la même femme, je fus appelé *dix heures* après l'écoulement des eaux et la cessation des douleurs. Le fœtus n'était pas engagé, mais l'orifice était facilement dilatable. Je fis la version et amenai un enfant vivant.

Obs. XLV. — Dans le troisième cas, la femme avait eu un léger travail *dix-neuf jours* auparavant, ce qui était *à peu près* l'époque à laquelle elle aurait dû accoucher. Les eaux s'écoulèrent, les douleurs cessèrent entièrement, et la femme ne sentit plus les mouvements de l'enfant. A mon arrivée, le fœtus n'était pas engagé; l'orifice n'était pas dilaté, mais facilement dilatable; il n'y avait encore absolument aucun travail utérin. J'introduisis la main; le cordon ne battait plus. Je fis alors la version, l'expulsion du placenta suivit immédiatement celle de l'enfant.

Greenhalgh ne pense pas que ces cas puissent être rangés dans les cas de *missed labour*.

Braxton Hicks dit qu'il est extrêmement important de s'assurer que le terme plein a réellement expiré, puisqu'il est très-difficile de dire s'il a été atteint, impossible même avant qu'un mois ne soit passé. Dans les cas cités, il est probable que les fœtus auraient été expulsés au temps voulu par les seules forces de la nature.

Williams convient alors qu'il ne considère pas lui-même le deuxième cas comme un cas de *missed labour*.

Ces objections de Greenhalgh et de Braxton Hicks sont des signes de la réaction qui s'opère dans la science contre l'hypothèse du *missed labour*. Nous ajouterons que non-seulement les deux autres cas ne sont pas des cas de *missed labour*, mais que ce ne sont même pas des grossesses prolongées: c'est la mort du fœtus qui a sans doute donné lieu à un commencement de travail prématuré, et il est plus que probable que si on avait eu la patience d'attendre le terme, l'expulsion du fœtus aurait eu lieu spontanément.

---

Alfonso Corradi[1], dans son travail *De l'obstétricie en Italie depuis le milieu du siècle dernier jusqu'à nos jours*, présenté au concours de 1871

[1] Ces réflexions de Corradi pourront trouver place à la fin de la p. 155, quoique l'auteur ne soit pas Anglais.

de la Société médico-chirurgicale de Bologne[1], y a inséré un chapitre intitulé : *Del parto pretermesso o mancato.* Sous cette dénomination il entend la rétention du fœtus mûr ou presque mûr dans la matrice ; il appelle *aborto mancato* celle de l'œuf mort dès les premiers mois de la grossesse. Il y réunit les cas italiens qu'il a pu trouver et qui sont pour la plupart des avortements internes avec rétention plus ou moins longue et expulsion à terme ou même avant terme. D'autres cas qu'il rapporte en quelques mots seulement, présentent en tout l'apparence de grossesses extra-utérines; il ne donne aucune raison qui puisse faire admettre que ces rétentions ont eu lieu dans la matrice; il ne les examine du reste pas et ne semble pas révoquer en doute l'opinion de ceux qui les ont publiés. Parmi ces cas, quelques-uns paraissent ne concerner que des observations de kystes dermoïdes. L'un d'entre eux n'est même qu'une grossesse imaginaire. L'auteur ajoute du reste en note (p. 930): « l'examen anatomique est souvent si défectueux et si imparfait, que même l'autopsie ne permet pas de déterminer la nature du cas ; et bien qu'on dise que le fœtus était contenu dans l'utérus, il n'était probablement pas question d'autre chose que de grossesses extra-utérines. » Il concède volontiers (p. 937) que dans certains cas on a dû prendre des grossesses extra-utérines pour des grossesses utérines. Néanmoins il ne comprend pas que Stoltz nie la grossesse prolongée, et il conclut à la *possibilité* de la rétention de l'œuf mort, principalement si la grossesse *n'a pas été bien avancée.* C'est sur l'autorité de Schrœder qu'il admet que l'accouchement peut manquer, bien que la grossesse soit arrivée près du terme.

Ces cas ne font que nous affermir dans l'opinion que nous avons cherché à faire prévaloir dans le cours de notre travail, à savoir, que jusqu'à présent *il n'existe pas d'observation authentique de rétention fœtale dans la matrice au delà du terme d'une grossesse ordinaire.*

[1] *Dell'Ostetricia in Italia*, etc. Parte II, Sezione II, Cap. 32, § I, p. 926-938. Bologna 1875.



# TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS.

J



K



L



M



N



O

P



R



S



T



U

# TABLE DES MATIÈRES.

## CONSIDÉRATIONS FINALES.





Strasbourg, typ. G. Fischbach. — 2093.